



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة  
+ⵔⵛⵍⵉⵏⵉⵢ ⵏ ⵏⵉⵙⵉⵏⵉⵙⵉ ⵏ ⵏⵉⵙⵉⵏⵉⵙⵉⵢⵏ  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2020

Thèse N° 075/20

# LE DECES EN MILIEU PSYCHIATRIQUE (A propos de 25 cas )

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10/07/2020

PAR

M. MAMDOUH SOUFIANE

Né le 06 Juillet 1993 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN  
MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Suicide – Mort subite – Décès en psychiatrie – Prévention

JURY

M. AALOUANE RACHID..... Professeur de Psychiatrie	PRESIDENT
Mme. AARAB CHADYA ..... Professeur de Psychiatrie	RAPPORTEUR
M. EL BOUAZZAOUI ABDERRAHIM..... Professeur d'anesthésie Réanimation	} JUGES
Mme. EL FAKIR SAMIRA ..... Professeur d'Epidemiologie	
M. BOUT AMINE..... Professeur de Psychiatrie	MEMBRE ASSOCIE



# PLAN

---

- INTRODUCTION.....	7
- OBJECTIFS.....	13
- METHODOLOGIE.....	15
- RESULTATS.....	18
▪ DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES .....	19
* Sexe.....	19
* Age .....	20
* Niveau socio-économique.....	20
▪ DONNEES CLINIQUES.....	23
* Antécédents.....	23
○ Médicaux .....	23
○ Chirurgicaux .....	24
○ Toxiques .....	25
○ Hospitalisations.....	26

---

* Le diagnostic retenu .....	28
* Bilans complémentaires.....	29
* Traitements prescrits .....	30
* Voie d'administration du traitement.....	31
▪ PARAMETRES LIES AUX DECES.....	33
* Evaluation du taux de mortalité.....	33
* Le délai entre l'admission et le décès .....	36
* Causes de décès.....	38
* Heure de décès.....	39
- DISCUSSION .....	42
▪ Profil des malades décèdes .....	43
▪ Les causes de décès .....	46
* Mort subites.....	47
* Suicide.....	56
* Maladies cardiovasculaire.....	71

- LES CONDUITES A TENIR ET LES RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE.....79
  
- LES LIMITES DE L'ETUDE.....100
  
- CONCLUSION.....102
  
- RESUME.....104
  
- REFERENCES .....105

# INTRODUCTION

## I. INTRODUCTION

Les études de la mortalité remontent au milieu du XIXe siècle, Depuis Esquirol, une surmortalité naturelle a été mise en évidence chez les malades mentaux, en particulier chez les sujets jeunes<sup>1</sup>.

Par ailleurs, la surmortalité naturelle a diminué avec le temps parallèlement avec l'amélioration sanitaire des pays<sup>2</sup>.

En effet, les décès sont relativement rares lors des états aigus et excepté quelques morts subites, parfois sous neuroleptiques l'évolution spontanée des maladies mentales s'oriente plutôt vers la rémission ou la guérison et donc la sortie de l'hôpital.

Une idée généralement partagée par les cliniciens est que les maladies mentales ne tuent pas sauf par suicide. Cette affirmation est surtout basée sur l'expérience clinique.

Une autre opinion, largement répandue parmi les cliniciens, est que lorsque quelqu'un présente une décompensation psychique, il n'y a pas lieu de suspecter, plus que dans une population normale, une affection physique.

Dans le chapitre Galien contre Hippocrate<sup>3</sup>, cette affirmation est fausse. Il est probable que la proportion des malades mentaux présentant une affection somatique significative soit de l'ordre de 76% et parmi ceux-ci 83% mériteraient



d'être suivis médicalement et 7% sont dans un état grave<sup>3</sup>.

Plus on est malade d'affections somatiques, plus on bénéficiera de soins somatiques. Par contre près d'un quart des malades mentaux, même lorsque la maladie peut être qualifiée de sérieuse, ne seront ni examinés physiquement, ni contrôlés quant à leurs paramètres vitaux, ni évalués par un bilan biologique<sup>3</sup>.

L'arrivée des médicaments psychotropes dans les années 60 n'a ni accéléré ni ralenti le phénomène de décès des malades mentaux<sup>4</sup>. Les tricycliques, les IMAO, les électrochocs et le lithium semblent avoir un effet protecteur sur les décès naturels malgré leurs effets secondaires<sup>5</sup>.

Les neuroleptiques ont fait l'objet de nombreuses publications en sens divers. Les butyrophénones ont été incriminées dans les 'morts subites', mais il apparaîtrait que ces morts subites soient davantage dues à la trop grande différence entre l'agitation de départ et la sédation brutal causée par les doses élevées des neuroleptiques <sup>6</sup>.

On a par ailleurs pu démontrer qu'il n'y a pas un effet toxique cumulatif en fonction de la durée de prise de neuroleptiques.

La terminologie de la littérature a évolué de la notion de 'mort subite' à celle de 'mort inattendue'. Ce sont des décès imprévisibles survenant dans les 24 heures qui la précèdent. Elle peut se définir comme étant une mort naturelle survenant de façon inattendue. Parfois, elle reste inexplicée. Il s'agit de patients

généralement identifiés comme nécessitant des soins mais dont l'évolution de la maladie apparaît comme létale à la surprise des cliniciens. Andrew Sims<sup>7</sup> a mis en évidence que ces décès imprévisibles apparaissent rarement lors de l'état aigu mais quelques mois après celui-ci lorsque la situation s'est stabilisée ou que le patient soit sorti ( ce qui expliquerait pourquoi le phénomène n'a pas frappé les cliniciens).

Enfin il ne semble pas y avoir de maladies spécifiques associées <sup>8</sup> à ces décès, bien qu'un certain nombre d'articles aient pointé les désordres circulatoires et endocriniens <sup>8</sup> et qu'en sens divers on ait relaté une sous-mortalité par cancers<sup>9</sup>.

Parmi les hypothèses avancées, nous retiendrons des arguments en faveur d'hypothèses psychocliniques et d'autres psycho-biologiques.

Du côté des hypothèses psychosociales il est pointé que la clinique somatique des patients psychiatriques est particulièrement difficile: les anamnèses des patients sont peu fiables, les signes d'alarme couramment utilisés pour alerter l'entourage sont inutilisables et les examens somatiques sont difficilement réalisables .

Comment en effet penser à un diagnostic de pneumonie chez un psychotique qui est toujours pâle, qui tousse mais fume 3 paquets de cigarettes par jour, qui présente une diminution de la sensibilité à la douleur (et donc se plaint peu) et prend un neuroleptique qui a un effet hypothermisant.

Par ailleurs, la littérature pointe le peu d'intérêt des psychiatres pour la santé somatique et inversement la stigmatisation des patients atteints des troubles psychiatriques par les somaticiens.

En effet 90% des malades mentaux suivis en ambulatoire qui décèdent de façon inattendue ont consulté un généraliste dans le mois qui précède leur décès.

Du côté des hypothèses biopsychologiques, l'effet des médications psychotropes sur l'axe hypothalamo-hypophysaire est généralement évoqué, de même que la déplétion immunitaire observée après un état aigu et qui pourrait expliquer l'effet retardé du phénomène<sup>10</sup>.

Au Maroc, nous ne disposons pas de chiffres concernant la mortalité hospitalière des malades mentaux et à notre connaissance aucune étude concernant ce sujet n'a été publiée jusqu'à ce jour.

Nous avons choisi dans ce travail, d'étudier le taux de mortalité dans les services de psychiatrie à l'hôpital psychiatrique IBN HASSAN (CHU HASSAN II) de Fès sur une période de 10 ans , nous allons rechercher les données sociodémographiques , cliniques et les paramètres liés au décès des patients et seront détaillées afin dévoiler les facteurs de risque et causes de décès les plus fréquentes et faire des comparaisons avec d'autres études .

Pour terminer notre travail , nous allons proposer des mesures à prendre pour éviter ce type de décès, des conduites à tenir et des recommandations de prise en charge adaptée.

# OBJECTIFS

## II. OBJECTIFS

### A. Objectif principal :

Déterminer les paramètres de mortalité des patients atteints des troubles mentaux, hospitalisés aux différents services de l'hôpital Ibn al Hassan.

### B. Objectifs spécifiques :

Ces derniers peuvent être classés en quatre objectifs

- Déterminer le profil de ces patients.
- Dévoiler les facteurs de risque.
- Faire une comparaison avec d'autres études.
- Proposer des mesures de prévention.

# METHODOLOGIE

### III. METHODOLOGIE

**Lieu d'étude:**

L'étude s'est déroulée à l'hôpital psychiatrique IBN HASSAN de Fès

**Type d'étude:**

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive .

**Période d'étude:**

L'étude a porté sur 10 ans (du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2018).

**Population d'étude:**

Les patients hospitalisés qui décèdent durant cette période .

**Critères d'inclusion:**

Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive, où nous avons inclus les dossiers de tous les patients décédés au cours de leur hospitalisation dans les différents services et les patients hospitalisés et qui ont été transférés à un autre service pour avis ou examen complémentaire .

**Critères d'exclusion:**

Ont été exclus de notre étude :les patients décèdes en consultation externe.



**Matériel d'étude:**

Nous avons utilisé pour l'analyse statistique comme source d'information, les dossiers , les registres d'hospitalisation des services , et les certificats de décès .

**Mode de collecte des données:**

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête pré-établie .

Les variables suivantes ont été recueillies : Pour des données socio-démographiques, le sexe , l'âge et niveau socio-économique des différents décès.

Les paramètres particulièrement cherchés des données cliniques sont : Le diagnostic retenu à l'admission , les antécédents : médicaux chirurgicaux et toxiques, les examens paracliniques demandés, Traitements prescrits et les voies d'administration .

les derniers paramètres sont ceux liés aux décès : causes de décès , heure de décès , évaluation du taux de mortalité et le délai entre l'admission et le décès

**Traitement statistique**

Traitement et analyse descriptive de données d'enquête avec le logiciel SPSS.

# RESULTATS

## **IV. DETERMINER LE PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE DES PATIENTS**

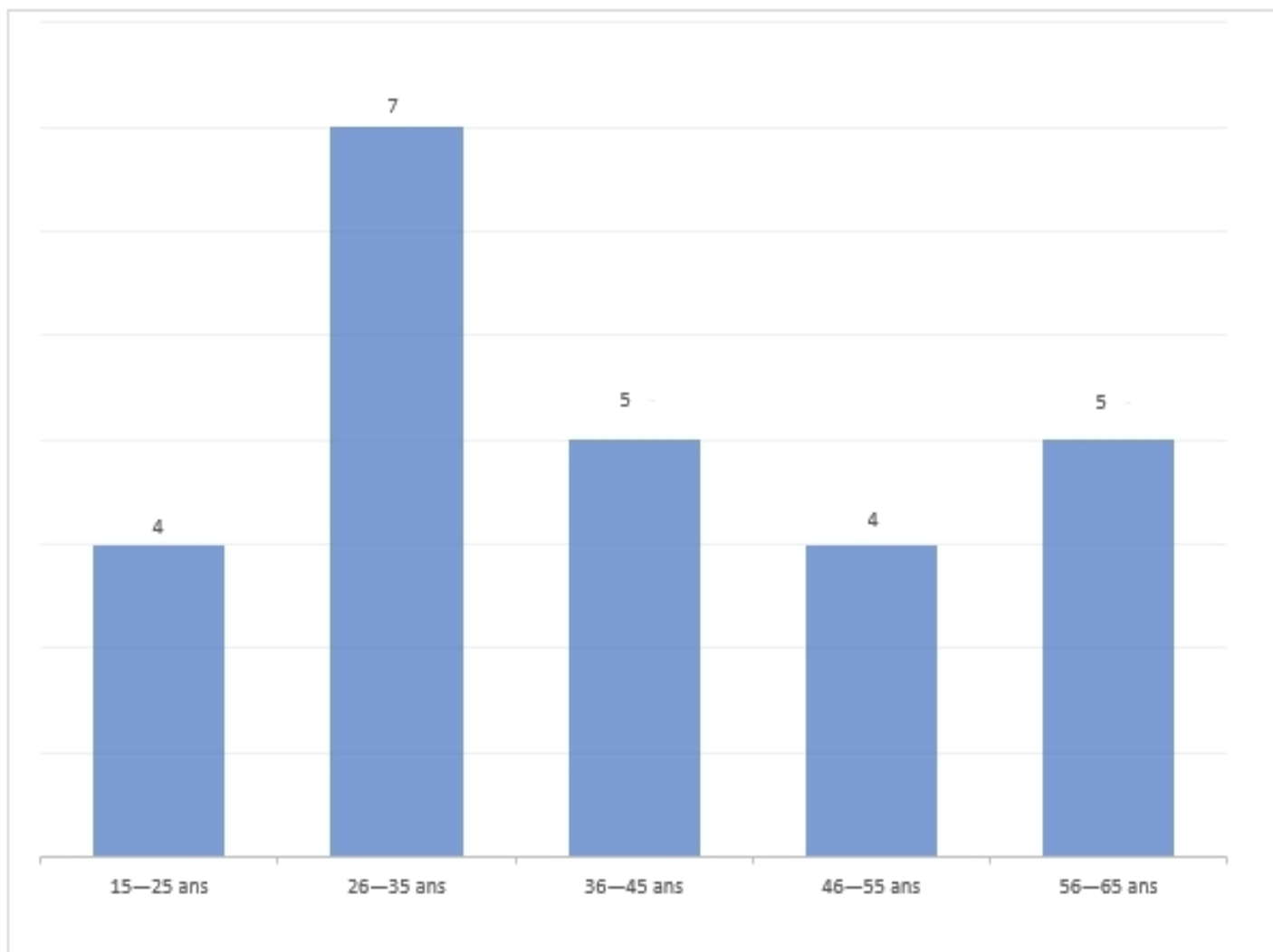
### **1. Sexe**

25 décès ont été enregistrés durant cette période avec 16 au service homme et 09 au service femme .

Ce chapitre sera traité dans la partie d'évaluation du taux de mortalité (paramètres liés aux décès).

### **2. Age**

On a fait cinq tranches d'âge de dix ans à partir de 15 ans jusqu'à 65 ans pour voir s'il y a une surmortalité dans une tranche d'âge.



Le nombre de décès était presque stable au niveau de la plupart des tranches, sauf au niveau la période comprise entre 26 ans et 35 ans il y a une augmentation de la mortalité avec un pourcentage de 28 %.

### L'âge moyen et l'écart type

L'âge moyen dans notre échantillon était **38 ans** avec des extrêmes de 25 et 62 ans. L'écart type est : **13,058**.

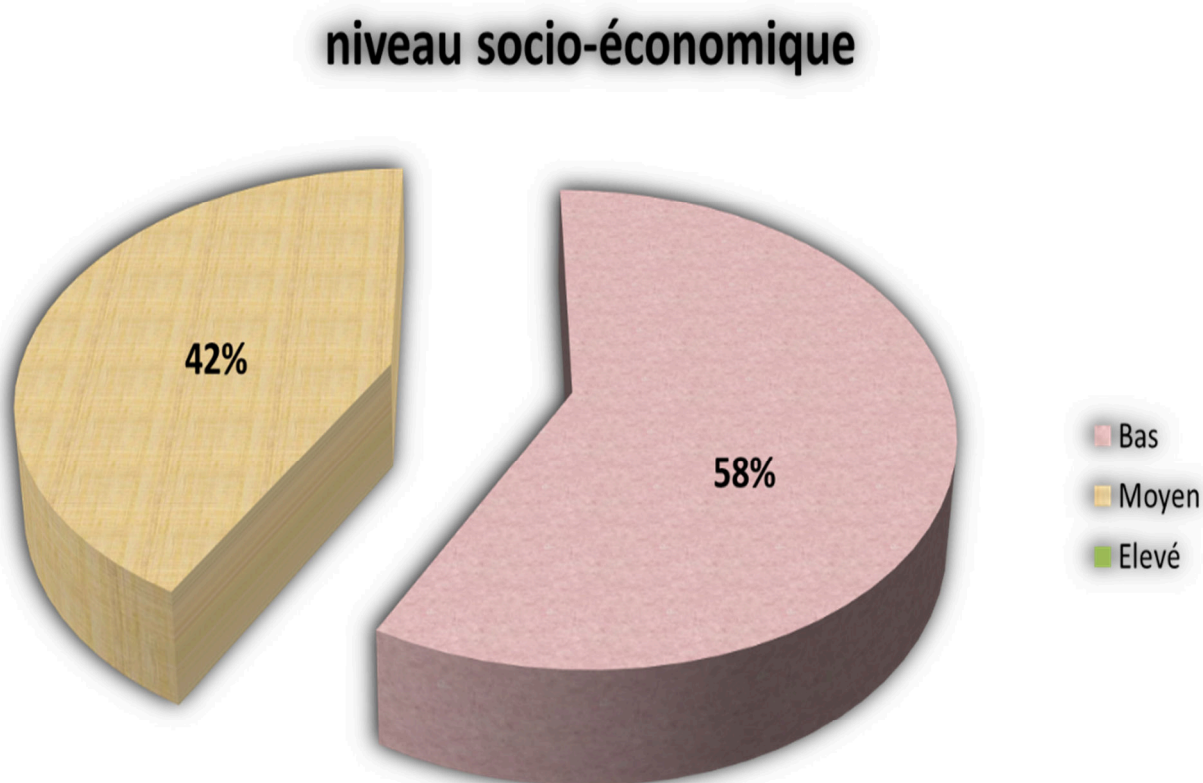
### 3. Niveau socio-économique

Nous avons fait 3 échelles bas , moyen et élevé on fonction de l'estimation du revenu mensuel :

- Bas :  $\leq 3000$ dhs
- Moyen : 3000dhs–5000dhs
- Élevé :  $\geq 5000$ dhs

L'estimation s'est fait par des critères comme la profession ,l'habitation , la couverture sanitaire...

On a collecté les pourcentages des différents niveaux dans le graphique ci-dessous :



58 % des patients décédés étaient de bas niveau socio-économique et 42 % de niveau socio économique moyen.

#### **Conclusion des paramètres sociodemographiques des patients :**

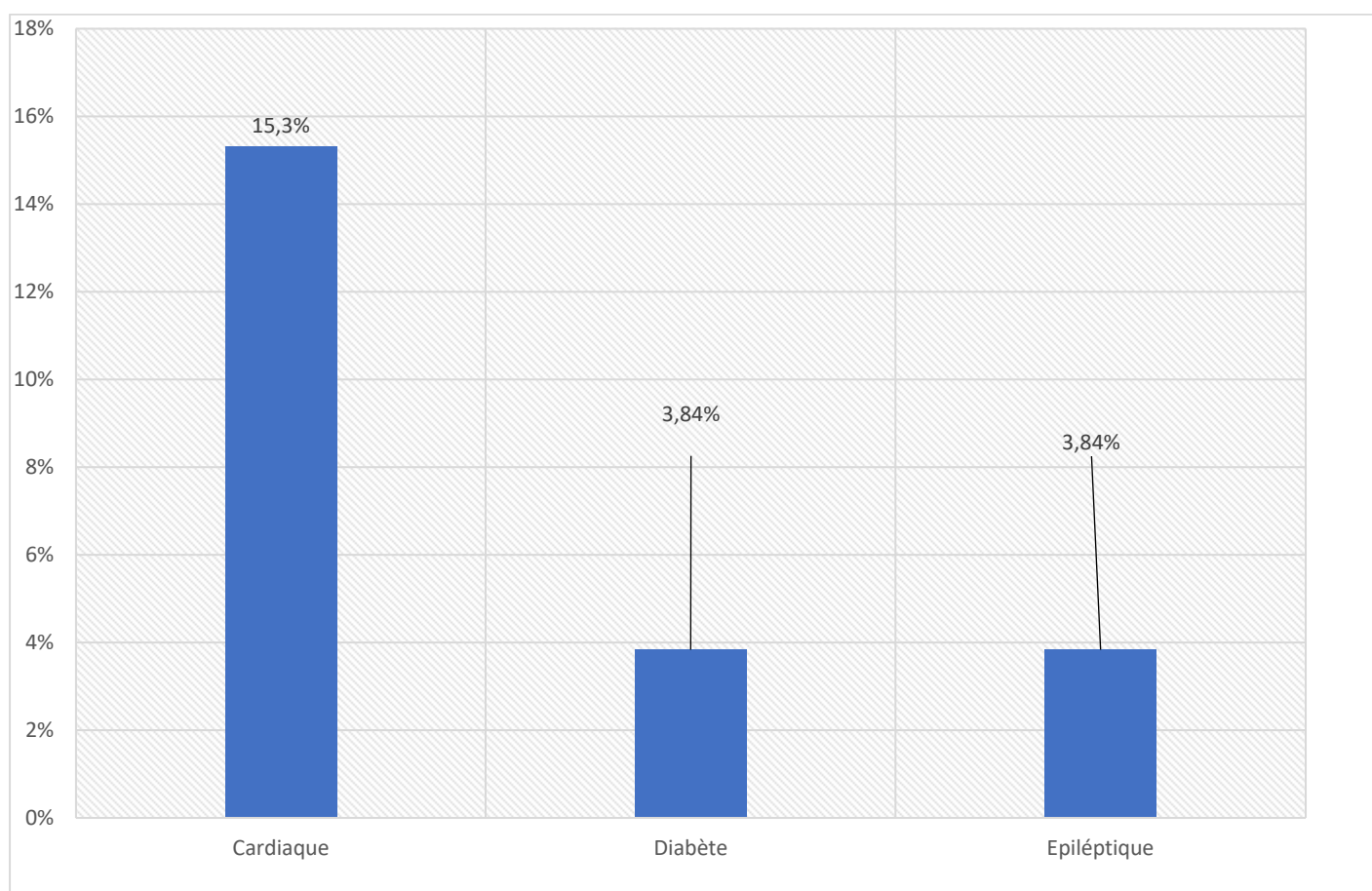
- **Il y a une augmentation de la mortalité entre 26 ans et 35 ans avec un pourcentage de 28 %.**
- **L'âge moyen est de 38 ans avec des extrêmes de 25 et 62 ans. L'écart type est : 13,058**
- **La mortalité est élevée chez les patients socio-économiquement bas .**

## V. DONNEES CLINIQUES

### 1. Les antécédents

#### Antécédents médicaux

Nous avons collecté les pourcentages des antécédents médicaux des patients décédés dans le graphique ci-dessous:

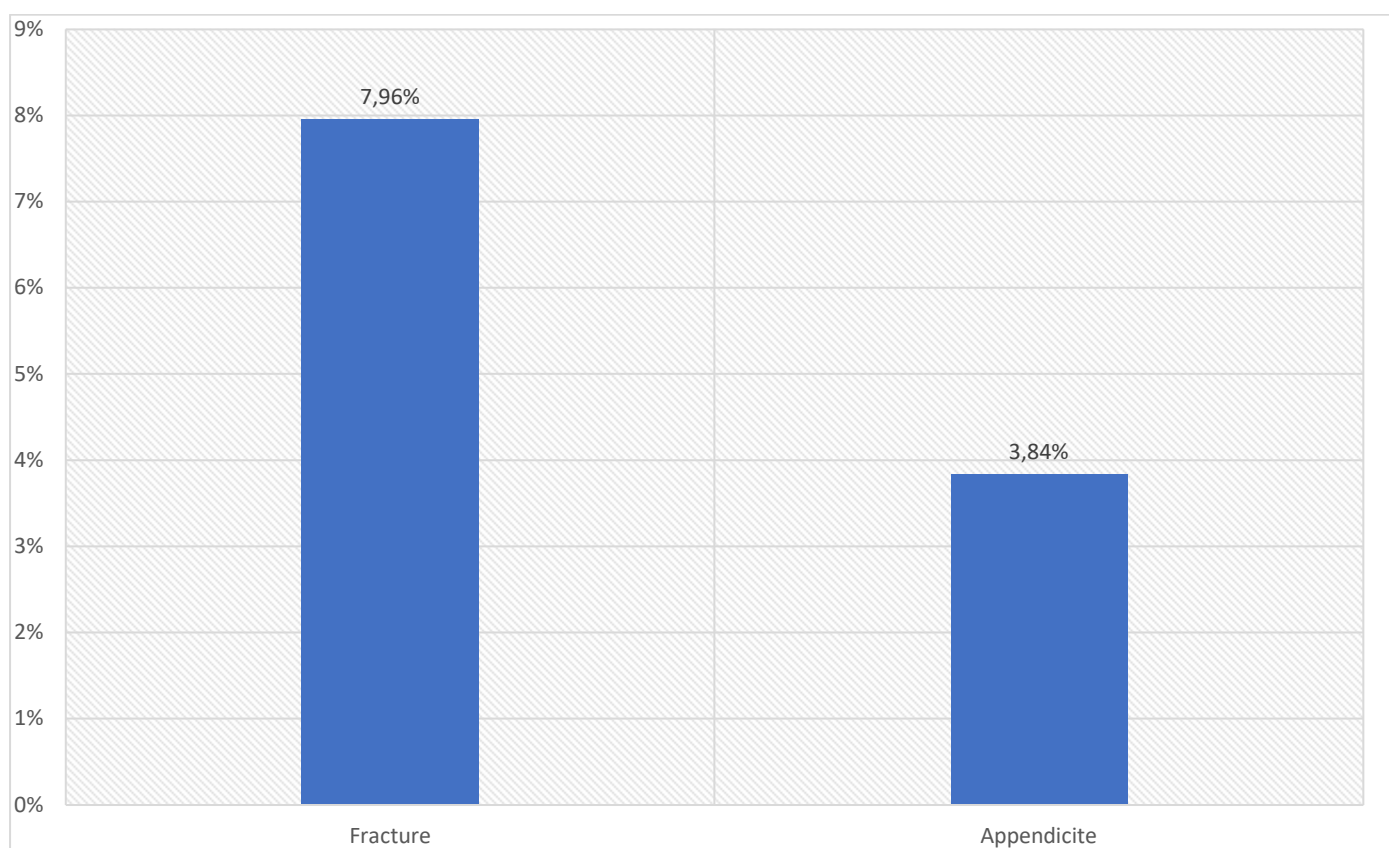


Environ 15.3 % des patients avaient des antécédents cardiovasculaire (50 % d'HTA) , 3.84 % diabétique et le même pourcentage pour les épileptiques ( épilepsie avec retard mental ).

La majorité ( environ 79 %) n'avait pas des antécédents médicaux documentés.

### Antécédents chirurgicaux

Nous avons collecté les pourcentages des antécédents chirurgicaux des patients décédés dans le graphique ci-dessous:



Parmi les 25 décès seulement 3 patients avaient des antécédents chirurgicaux.

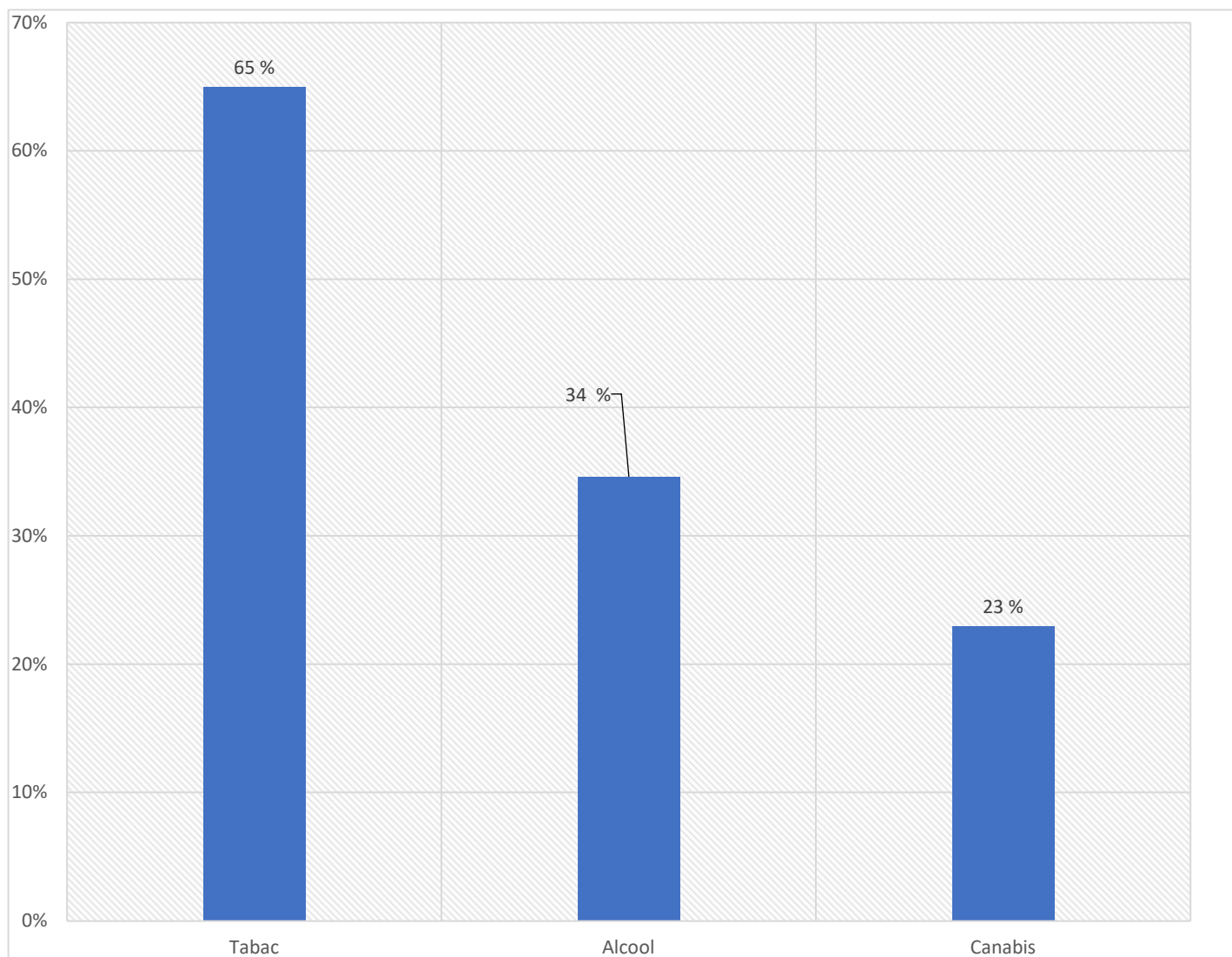
7.96 % avec ATCD de fractures et 3.84% avec appendicectomie

88 % n'avaient pas des antécédents chirurgicaux documentés.



## Antécédents toxiques

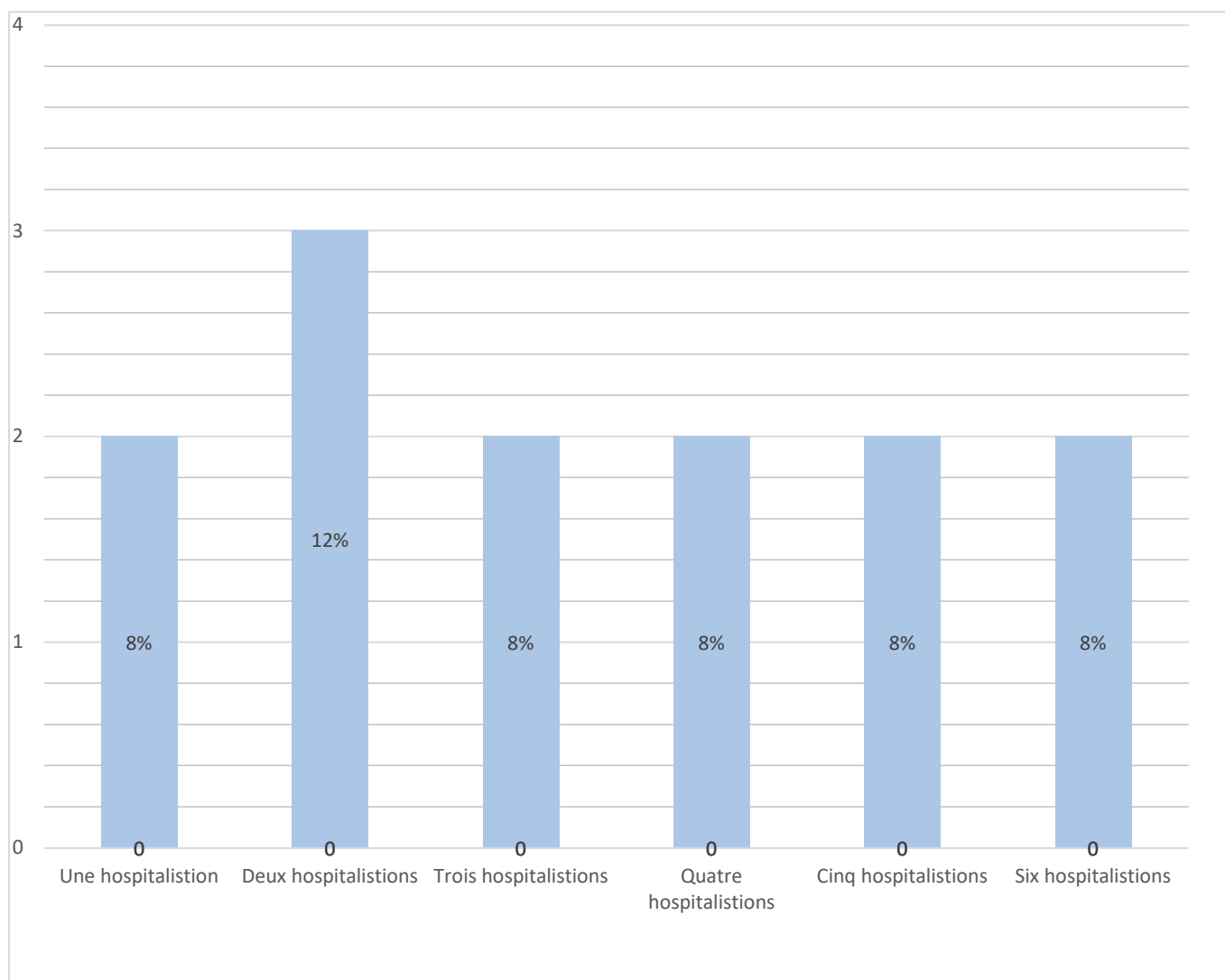
Nous avons collecté les pourcentages des antécédents d'usage de substances des patients décédés dans le graphique ci-dessous:



65 % des patients décédés étaient tabagiques, 34% consomment d'alcool et 23 % consommaient du cannabis.

## Antécédents d'hospitalisations

Nous avons collecté les antécédents d'hospitalisations des patients décédés dans le graphique ci-dessous:



8 % des décès avaient une, trois, quatre, cinq ou six hospitalisations et 12% avaient deux hospitalisations.

52% des décès avaient au moins une hospitalisation et 48 % n'avaient pas d'hospitalisations documentées.

### **Le nombre d'hospitalisations moyenne et l'écart type**

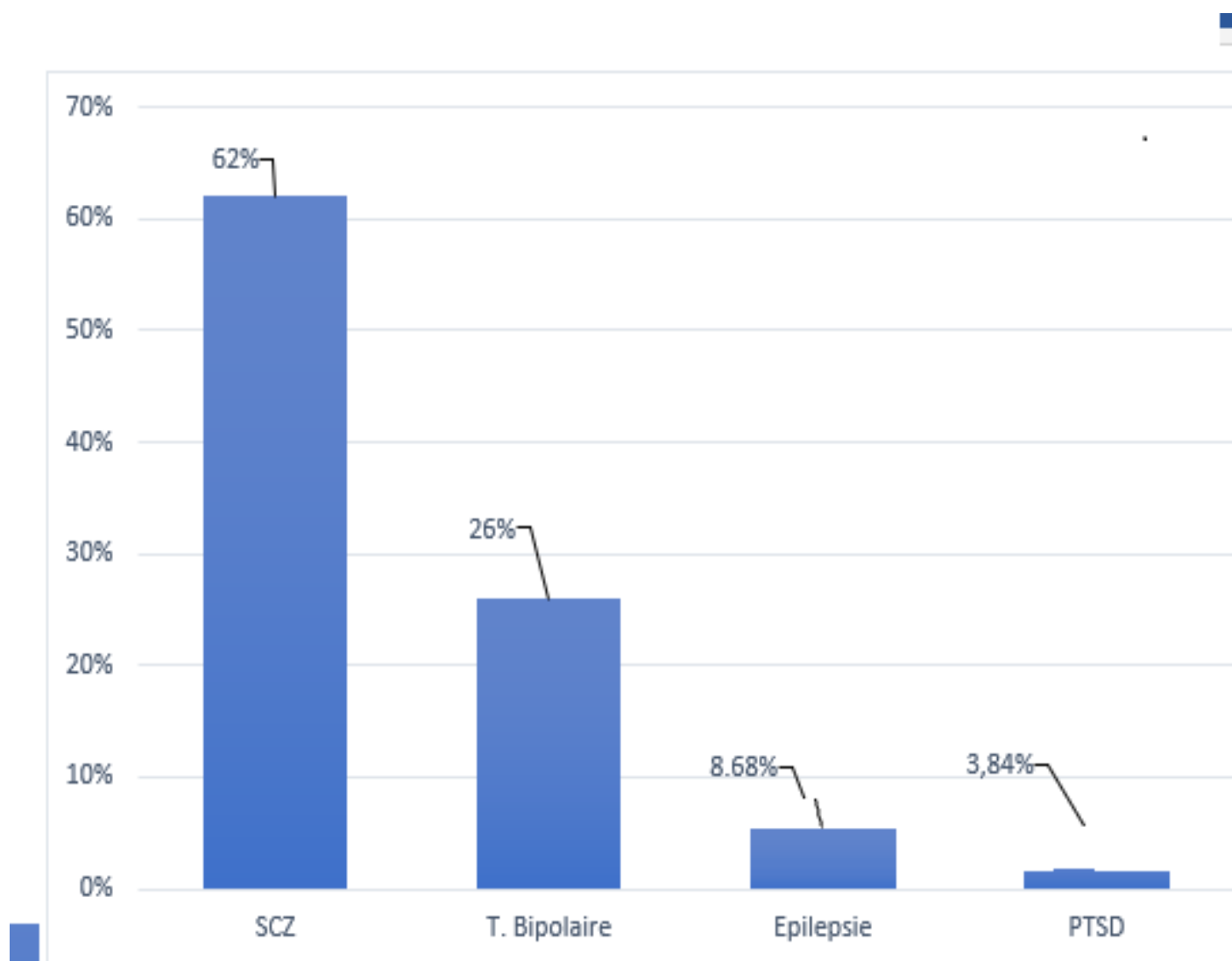
Le nombre d'hospitalisations est 1,76 hospitalisations avec des extrêmes de 1 à 6 hospitalisations , l'écart type est 2,127.

### **Conclusion des Antécédents des patients**

- 15.3 % des patients avaient des antécédents cardiovasculaire.
- 65 % des patients décédés étaient tabagiques, 34 % alcooliques et 23 % consommaient du cannabis.
- 52% des patients décèdes avaient au moins une hospitalisation.
- Le nombre d'hospitalisations est en moyenne de deux hospitalisations.

## 2. DIAGNOSTIC RETENU

Nous avons collecté les diagnostics des patients décédés dont les pourcentages sont affichés dans le graphique ci-dessous :



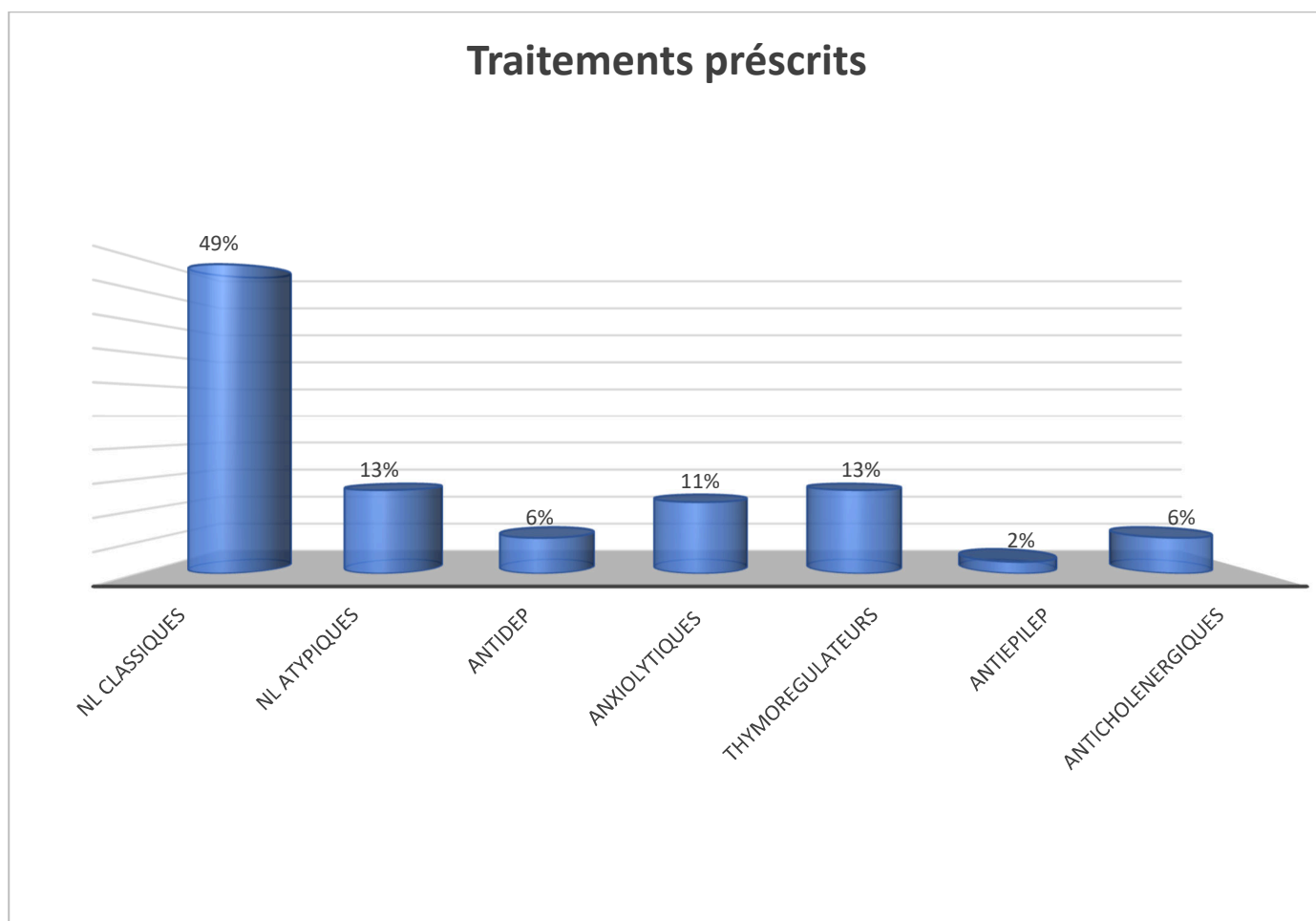
62 % des patients décédés étaient schizophrènes, 26 % bipolaires et 8.68 % atteints d'épilepsie ( avec trouble de comportement ) et 3.84 % stress post traumatique .

### 3. TRAITEMENTS PRESCRITS ET VOIE D'ADMINISTRATION

Au cours de l'hospitalisation plusieurs traitements ont été instaurés : mais quel est le pourcentage des différents traitements ??

#### Traitements prescrits

les résultats sont les suivants :



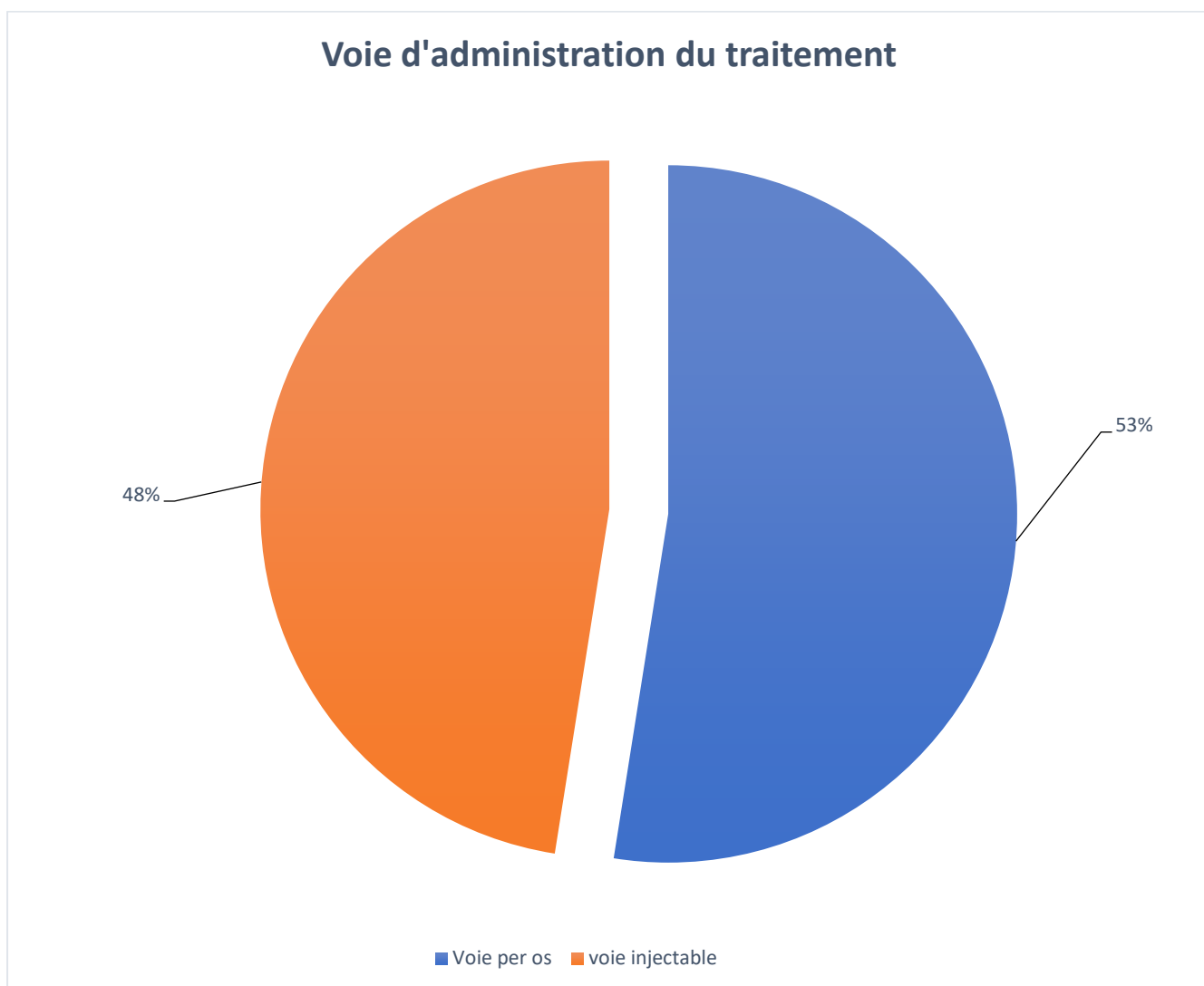
Il est bien évident que la moitié des décès avaient consommés du neuroleptiques classiques.

Neuroleptiques atypiques et thymorégulateurs représentent environ 13.21% des médicaments prescrits.

Le troisième médicament était les anxiolytiques avec un pourcentage de 11.32 %.

#### 4. Voie d'administration

les résultats sont les suivants :



Les médicaments ont été administrés par voie orale dans 52.5% des cas et par voie injectable dans 47.5% .

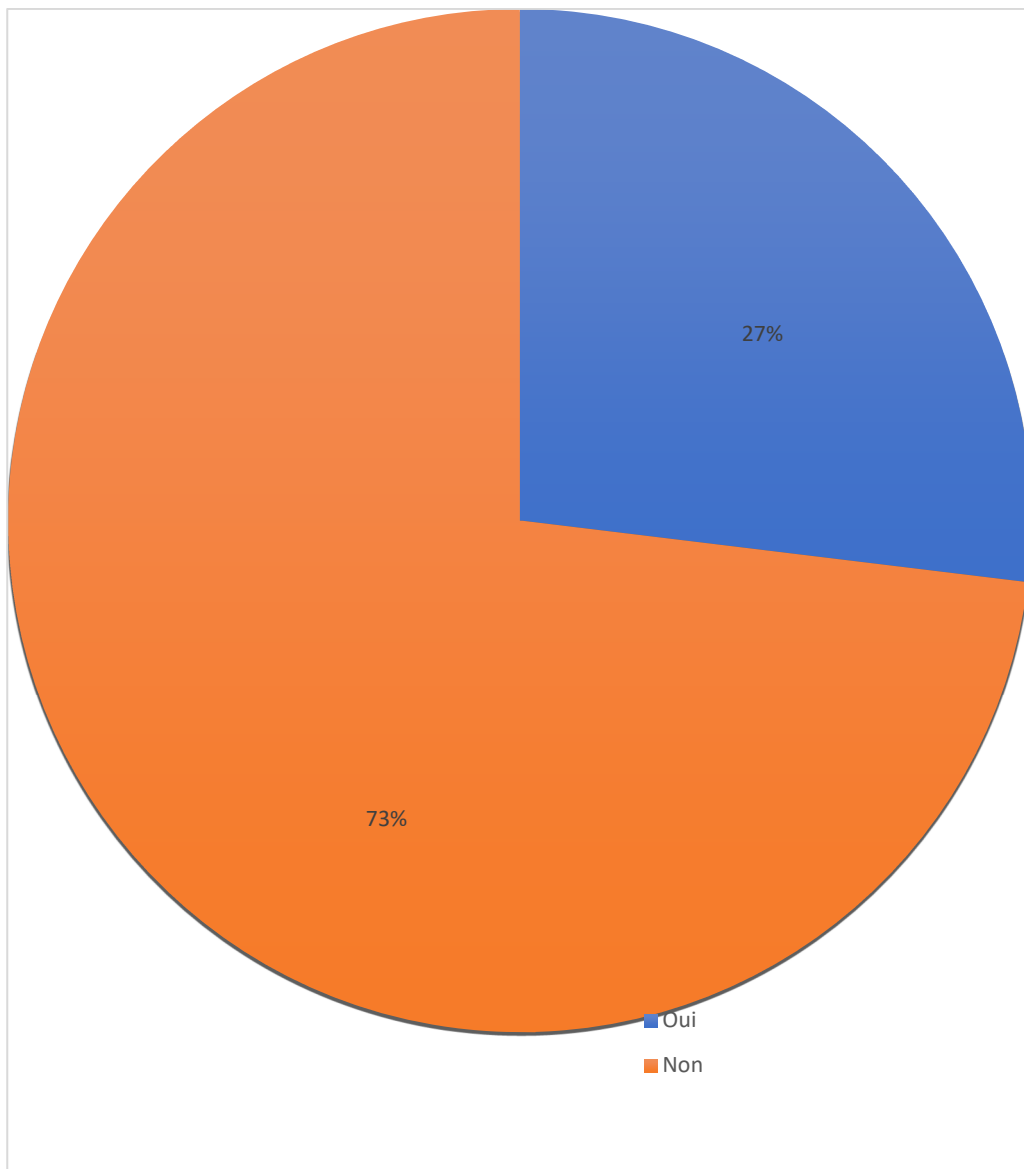
Donc il n'y a pas une grande différence entre les deux pourcentages.

**Mais est-ce que on demande un bilan complémentaire avant l'instauration du traitement ?**

## 5. Bilans complémentaires

Environ 25% avaient bénéficié d'un bilan et presque 75 % des patients n'avaient pas bénéficié d'un bilan complémentaire.

les résultats dans le graphique ci-dessous :



### CONCLUSION DES DONNEES CLINIQUES

- la majorité des patients sont schizophrènes
- la moitié des patients avaient consommés des neuroleptiques classiques
- 75 % des patients n'avaient pas bénéficié d'un bilan complémentaire.



## VI. PARAMETRES LIES AUX DECES

### 1. Evaluation du taux de mortalité

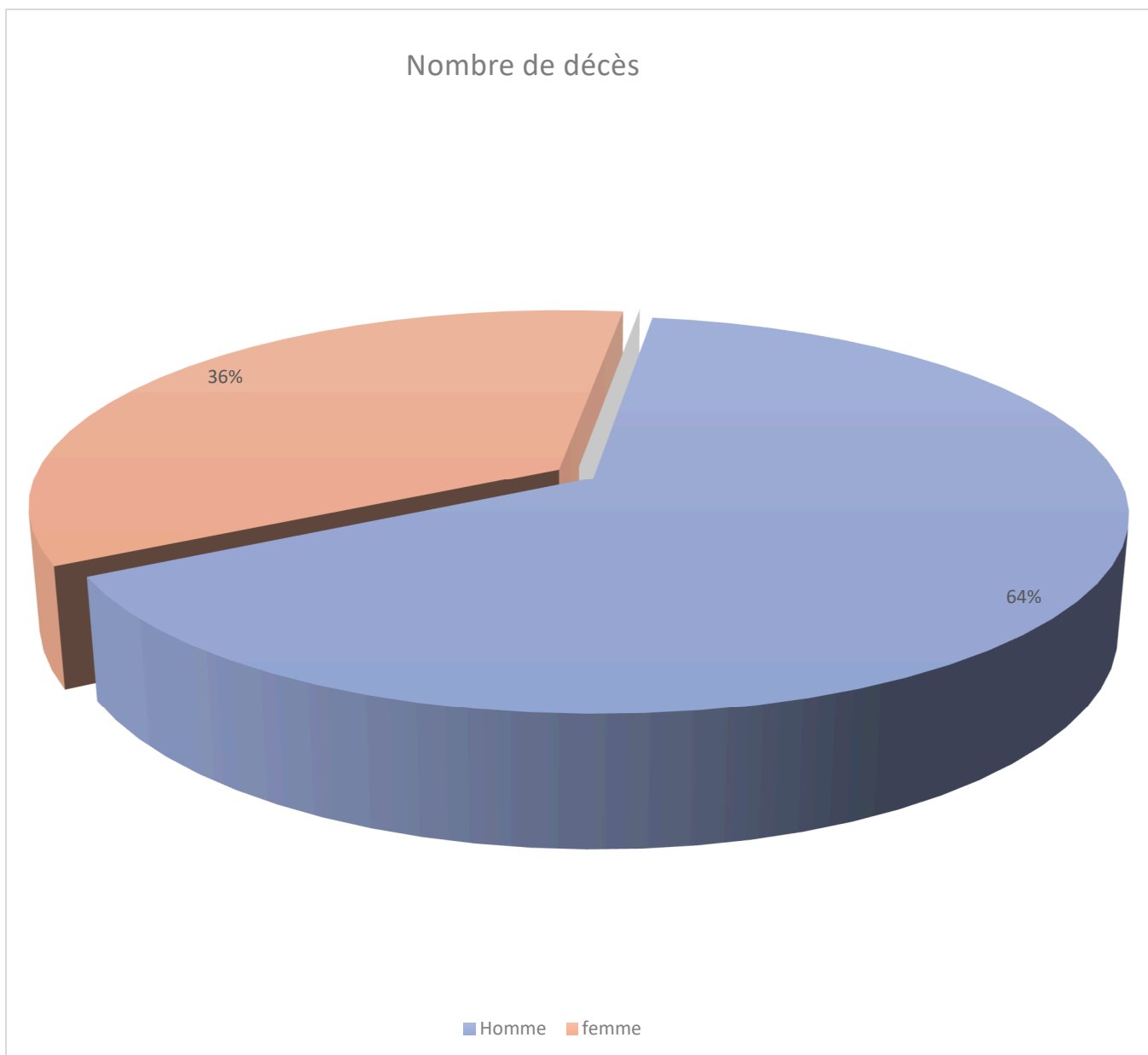
L'échantillon de patients étudiés sont les patients atteints des différents troubles mentaux, hospitalisés aux services de l'hôpital IBN EL HASSAN à partir de 2008 jusqu'à 2018

#### **Incidence totale**

13461 admissions aux deux services (homme + femme) durant la période du 2008 au 2018.

25 décès ont été enregistrés durant cette période avec 16 au service homme et 09 au service femme .

L'incidence objectivée est de 193 pour 100000 admissions 159/100000 au service homme et 322/100000 au service femme.



On observe une nette prédominance masculine (16Hommes ; 09 femmes)

## 2. Le taux moyen

Année	Nombre de décès
<i>2008</i>	2
<i>2009</i>	5
<i>2010</i>	2
<i>2011</i>	5
<i>2012</i>	0
<i>2013</i>	2
<i>2014</i>	1
<i>2015</i>	3
<i>2016</i>	1
<i>2017</i>	3
<i>2018</i>	1

Le taux moyen de décès était de 2.5 décès pour environ 1300 patients hospitalisés par année.

Ce taux est généralement instable tout au long des dix années avec des extrêmes allant de 0 à 5 décès .

**Quelle est le délai entre l'admission et le décès??**

### 3. Délai entre l'admission et le décès

Nous avons répartis les décès selon les semaines :

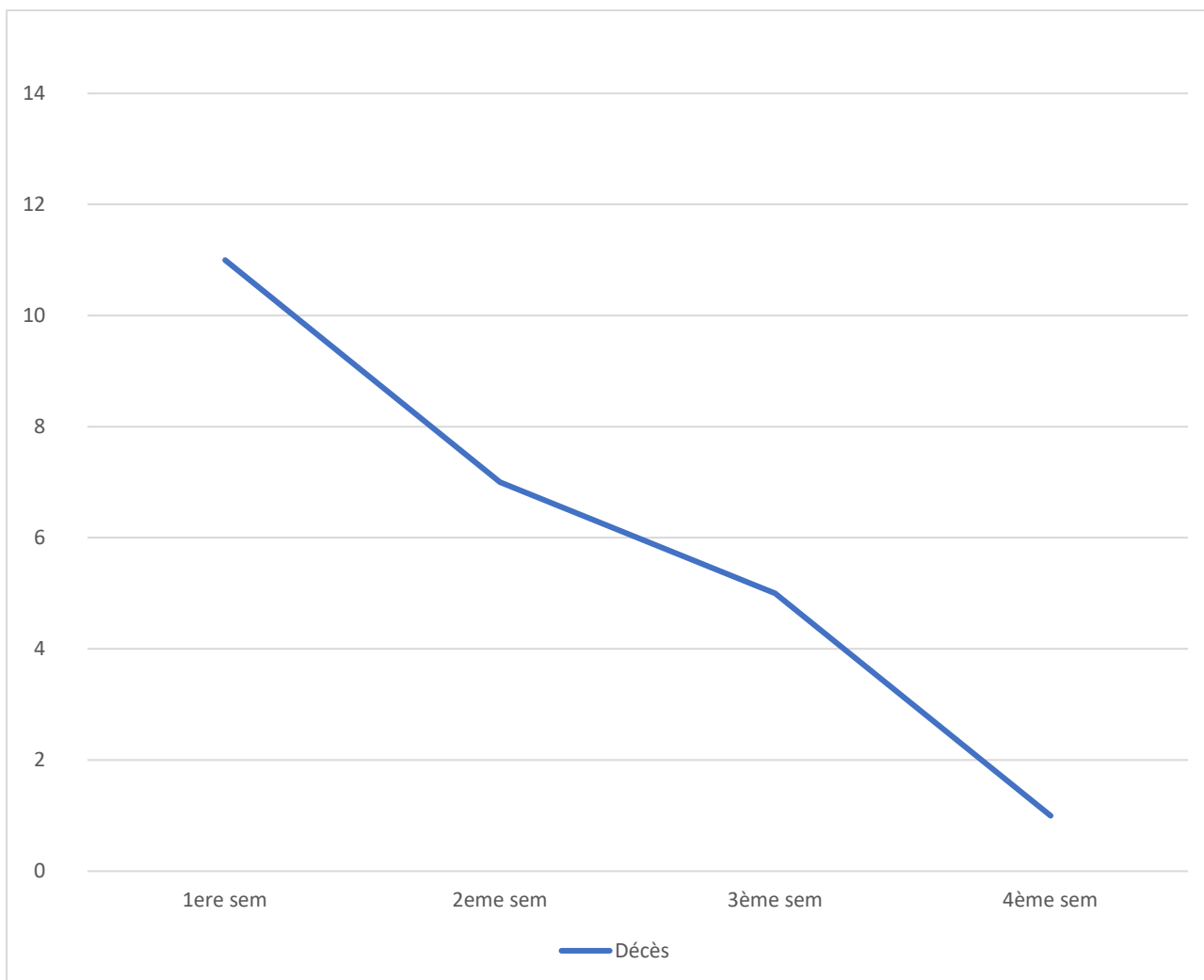
Période	Nombre de décès
Première semaine	11
Deuxième semaine	7
Troisième semaine	5
Quatrième semaine ou plus	2

Presque 44% des décès ont été lors de la première semaine, 28% lors de la deuxième semaine , 20% lors de la troisième semaine et 0.8 % lors de la quatrième semaine.

Donc presque la moitié des décès survient à la première semaine.

#### Délai moyen et l'écart type

Le délai entre le décès et l'admission au service est en moyenne de **9 jours** avec des extrêmes allant de 1 à 46 jours ,l'ecart type est de 8,053.

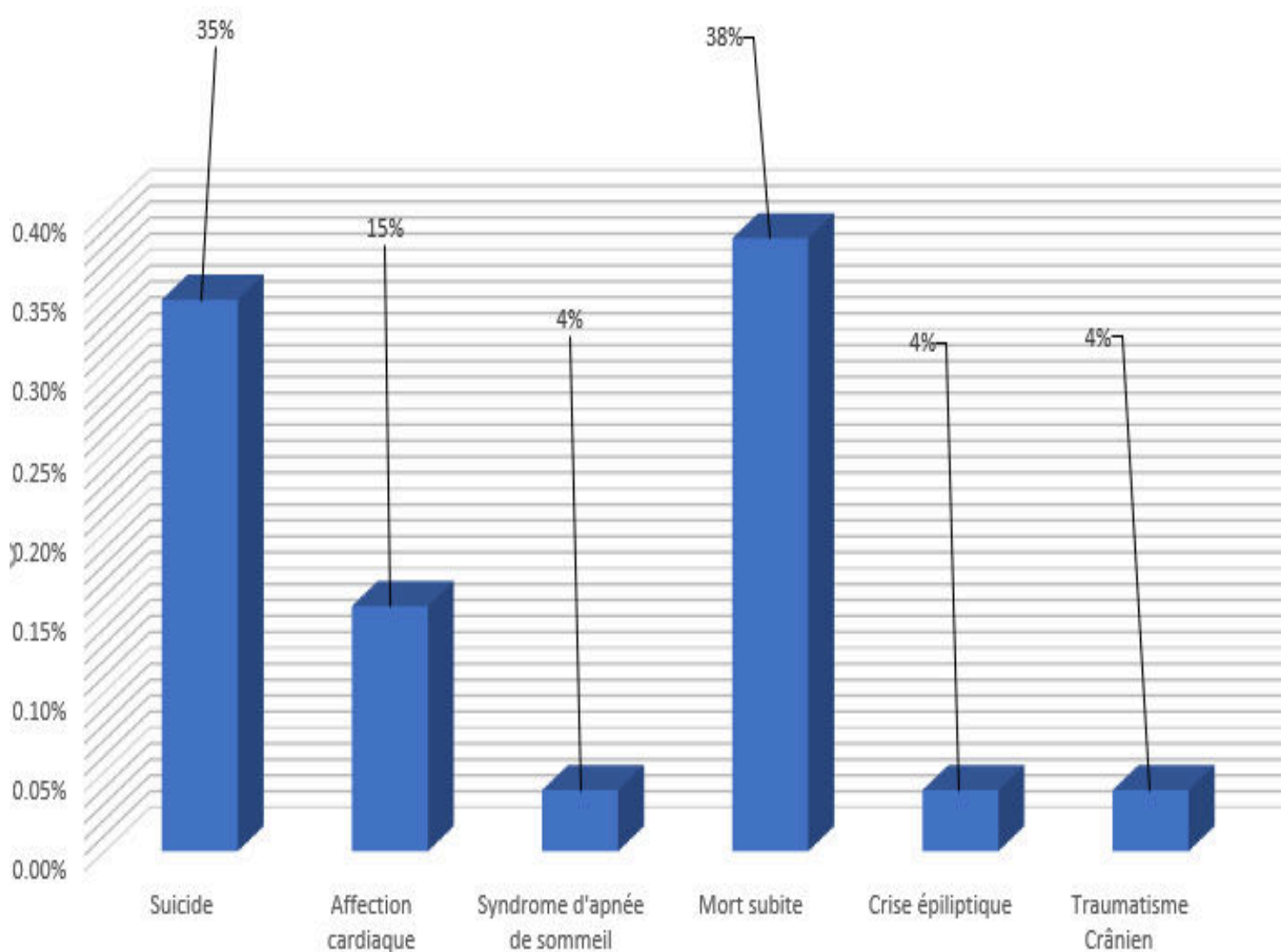


Le taux de mortalité des patients décédés était élevé à la première semaine mais il est remarquable que ce taux diminue au fil des semaines ce qui nous amènent à poser plusieurs questions mais avant il est important de savoir les causes de décès.

## 4. Causes de décès

Pour répondre à la question précédente nous avons collecté les différentes causes de moratilité .

les résultats montrant les différents pourcentages dans le graphique ci-dessous :



La première cause du décès était la mort subite avec 38.47 %. La deuxième cause était un suicide dans 34.62 % des cas mais ce qui remarquable est le moyen de suicide qui avait été dans 100% par pendaison.

Les affections cardiaque viennent en troisième place avec un pourcentage de 15.39 % des cas et les causes pulmonaires , neurologiques et traumatiques : un cas pour chacune avec un pourcentage de 3.84%.

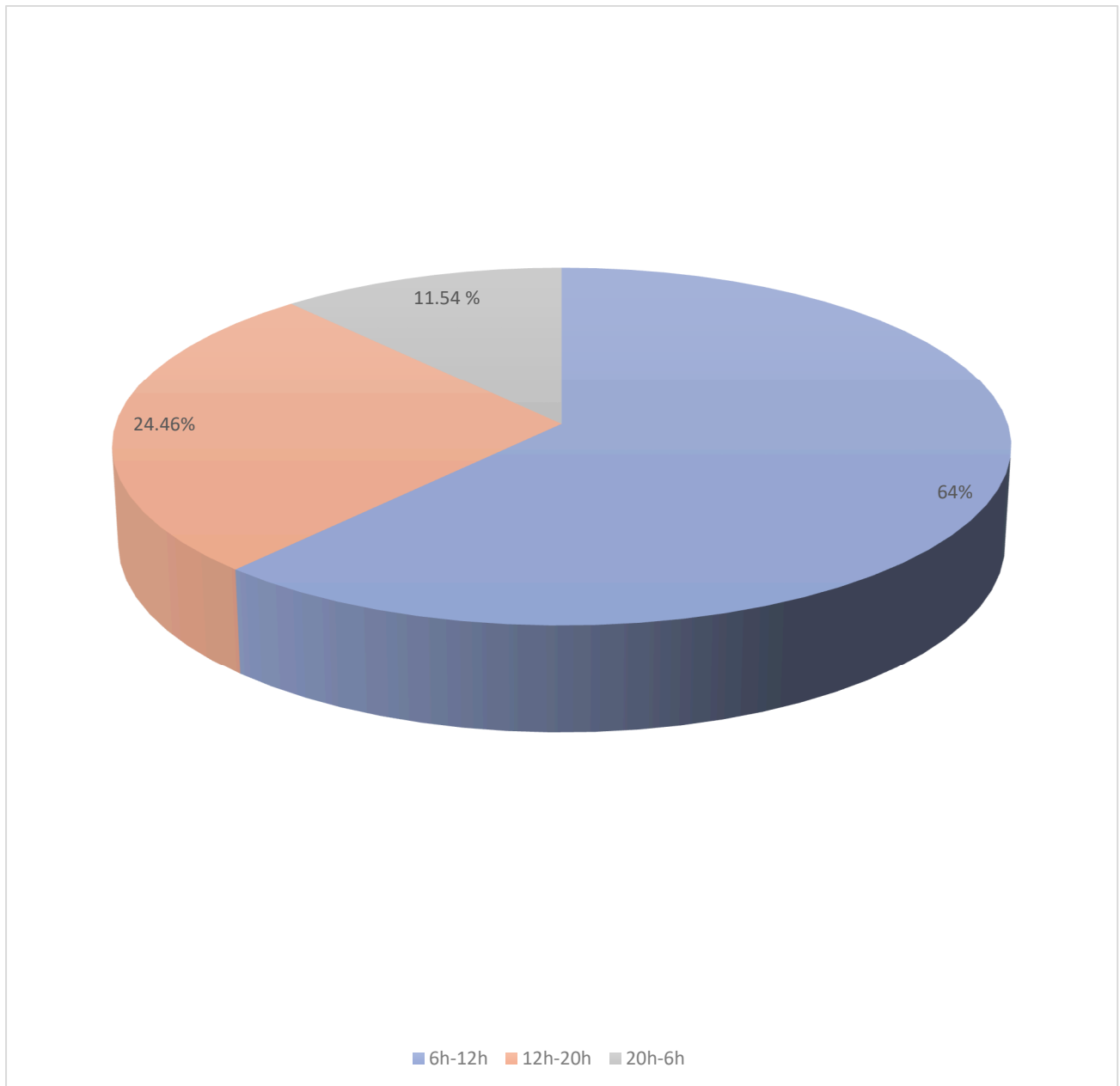
Ces pourcentages montrent bien que les morts subite, les suicides et causes cardiaques sont les causes les plus fréquents.

## 5. Heure de décès

Nous avons fait 3 intervalles de temps :

1. La matinée de 6 heures à 12 heures
2. L'après midi de 12 heures à 20 heures
3. Et la nuit de 20 heures à 6 heures

Les résultats :



64 % des mortalités sont survenues entre 6 heures à 12 heures, 24.46 % 12 heures à 20 heures et 11.54 % de 20 heures à 6 heures.



### **Conclusion des résultats des paramètres liés aux décès**

- **Incidence totale de 18.5 pour 10000 admissions**
- **On observe une nette prédominance masculine**
- **la moitié des décès survient à la première semaine**
- **Le délai entre le décès et l'admission est en moyenne de 9 jours**
- **les morts subites, les suicides et causes cardiaques sont les causes les plus fréquents.**
- **64 % des mortalités surviennent pendant la période matinale**

# COMMENTAIRES & DISCUSSION

## VII. DISCUSSION

Les hypothèses explicatives de la surmortalité des malades mentaux sont diverses mais restent peu spécifiques, oscillant entre les avancées psychobiologiques, le suicide, la iatrogénie liée aux psychotropes, les facteurs de risque cardiovasculaires, respiratoires, endocriniens, neurologiques et les facteurs liés aux morts accidentelles rattachées aux conditions de l'hôpital psychiatrique.

L'intérêt de ce travail est d'abord connaître l'état des lieux des décès en psychiatrie et aussi mettre des stratégies prévention adaptée à notre contexte .

### 1. Profil sociodémographique et données cliniques

Notre étude a montré une surmortalité des malades mentaux jeunes décédés pendant leur hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de Fès entre 2008 et 2018 avec un pourcentage de 28 % au niveau de l'intervalle compris entre 26 ans et 35 ans avec un âge moyen est de 38 ans.

Il s'agit d'une majorité masculine, à noter que le nombre de malades hospitalisés au service hommes est plus élevé que celui au service femmes.

La mortalité est nettement très élevé chez les patients socio-économiquement bas et moyen et négative chez la classe un peu élevé. Ces résultats sont compatibles avec les données de littérature.

Les résultats de plusieurs études ont tous montrés une Prédominance masculine avec variation de pourcentages et un niveau socio économique bas . (Tableau 1).

Ce résultat de surmortalité est conforme à la littérature internationale comme la revue de 53 articles réalisée par Gausset et al.<sup>11</sup> qui a montré une surmortalité des malades mentaux plus importante chez les patients âgés entre 20 et 40 ans avec une prédominance masculine.

Le décès à un âge en moyenne plus jeune permet de penser que ces personnes présentent moins de comorbidités au moment du décès que celles décédées à un âge plus avancé, et que leurs troubles mentaux ont été de ce fait davantage considérés comme à l'origine du processus qui a conduit au décès.

Pour les antécédents d'usage de substances, le tabagisme a été enregistré chez 66 % des patients décédés, et un abus de substances psychoactives chez 31 % d'entre eux <sup>12</sup>.

61,8% des patients décédés consommaient des substances toxiques avec prédominance d'alcool <sup>8</sup>.

Dans notre études 65 % des patients décédés étaient tabagiques, 34 % alcooliques et 23 % consommaient du cannabis.

Pour les antécédents d'hospitalisations le décès concerne surtout les psychotiques chroniques ayant plusieurs hospitalisations (80.76%) <sup>9 10 11 12</sup>.

Dans notre étude plus de la moitié avaient déjà été hospitalisés.

Treize pour cent (13 %) des patients étaient décédés dans les 24 heures qui suivent leur hospitalisation et environ la moitié durant la première semaine de leur séjour<sup>9</sup>.

Dans notre échantillon aussi , environ la moitié des patients décèdent durant la première semaine avec une moyenne de 9<sup>ème</sup> jours suivant leur admission.

<b>Profil sociodémographique des patients décédés</b>						
<b>Auteurs</b>	<b>An- née</b>	<b>Pays</b>	<b>Période</b>	<b>Age moyen ou l'inter- valle d'âge</b>	<b>Sexe du pa- tient décédé</b>	<b>Niveau socio-écono- mique</b>
Y. Zgueb et al. <sup>12</sup>	2014	Tunisie	2000- 2010	51,38 ans	Prédominance masculine 75%	Bas
Cathrine. Ha, Elsa Decool, Christine chancee <sup>13</sup> .	2017	France	2000- 2013	62 ans	Prédominance masculine 52%	-----
C. Vaille, C. Vedie et J- M Azorin <sup>14</sup>	2012	France	2011	35 ans	-----	Bas
Gausset et al <sup>11</sup> .		Plusieurs pays		Entre 20 et 40 ans	Prédominance masculine	
Notre étude	2019	Maroc	2008- 2018	38 ans	Prédominance masculine 65%	Bas

**Tableau :1**

## 2. les causes de décès

Pour mieux analyser les causes de décès de notre étude nous allons prendre autres études précédentes afin de mieux comparer les résultats.

Les résultats sont collectés dans le tableau suivant :

Auteurs	Année	Pays	Période			
				Cardio-vas- culaires	Suicide	Mort subite
<i>Laurent plancke</i>	2017	France	2008- 2009	11%	25.2%	----
<i>Cathrine .HA et al<sup>13</sup></i>	2017	France	2002- 2013	27.3%	11%	----
<i>Loas.G<sup>16</sup></i>	2011	France	2009-	29%	12.86%	----
<i>Zgueb .Y et al<sup>12</sup></i>	2014	Tunisie	2000- 2010	09%	----	40%
<i>Notre étude</i>	2019	Maroc	2008- 2018	15.39%	34%	38.47%

**Tableau : 2**

Juste après la première lecture les causes les plus fréquentes de décès sont suicide , mort subite et causes cardiovasculaires .

Même si les pourcentages sont différents, la mort subite est la première cause de décès psychiatrique intra hospitalier mais le pourcentage de mort subite n'est pas présents dans toutes les études .

Selon plusieurs études , les médecins considèrent la mort subite, comme son nom l'indique, un décès inattendu chez une personne apparemment en bonne santé physique et survenant dans les minutes qui suivent l'apparition des premiers symptômes.

Ces derniers sont évocateurs d'une ischémie du muscle cardiaque (douleur dans la poitrine , essoufflement...). La mort est le plus souvent due à des fibrillations ventriculaires. Elle est 3 à 4 fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme tandis que les causes cardiovasculaires désignent plutôt les complications des maladies cardiovasculaires.

Beaucoup d'études préfèrent utiliser les termes mort naturel inattendu et naturel prévisible comme l'étude de Université Libre de Bruxelles sur la mortalité naturelle<sup>15</sup> , d'autres études considèrent la mort subite comme morts cardiaque.

les principales études sur la mortalité des malades mentaux rapportent un taux de mortalité plus élevé par causes non naturelles ( par exemple suicide ) essentiellement chez les patients souffrant de trouble de l'humeur et de trouble



schizo affectif et un taux de mortalité plus élevé par causes naturelles chez les patients souffrant de schizophrénie <sup>16,17,18</sup>.

Cependant, selon les auteurs, il ne semble pas exister de maladies spécifiques associées à ces décès, ni de corrélations entre les causes des décès et le diagnostic psychiatrique retenu <sup>19,20</sup>.

Dans notre travail, 66 % des décès sont de cause naturelle et l'autopsie par exemple dans le domaine de la recherche scientifique ou médico-légale n'a pas été demandée pour connaître la cause exacte de la mort.

Pour pouvoir bien détailler nous allons discuter chaque cause de décès séparément.

## *MORT SUBITE*

La **mort subite** selon OMS est définie comme un décès imprévisible dans les 24 heures qui la précèdent.

Elle peut se définir comme étant une mort naturelle survenant de façon inattendue. Elle est, dans ce cas, le premier symptôme de la maladie sous-jacente. Parfois, elle reste inexpliquée, c'est un phénomène bien connu des épidémiologistes mais peu des cliniciens.

Une étude belge<sup>15</sup> a été réalisée en 1998 concernant tous les patients hospitalisés dans des services de psychiatrie. Sur une période de 2 ans près de 1500 morts ont été recensés.

Le fait important à pointer est que les suicides ne représentent que 13% des décès. Par contre 81% des décès le sont par mort naturelle, dont 35% de ces décès sont inattendus.

Dans notre étude le grand pourcentage des cause de la mortalité était la mort subite avec un taux de 38.47 % , ce constat est également trouvé dans l'étude tunisienne et belge dont les pourcentages étaient 40 % et 35%.

Concernant les facteurs de risque l'incrimination des neuroleptiques dans les morts subites, reste une question polémique , car le délai étroit entre l'initiation d'un traitement neuroleptique et le décès incrimine les neuroleptiques comme un facteur contribuant largement à la mort subite <sup>21</sup>.

La littérature internationale a discuté largement l'effet des neuroleptiques en particulier pour les décès naturels inattendus.

Cela n'est pas admis par tous les auteurs comme Hert et al<sup>20</sup> . qui ont constaté que les malades psychotiques ne prenant pas de neuroleptiques avaient un risque de mortalité par causes naturelles et par suicide plus important que celui chez les malades recevant un traitement antipsychotique<sup>22</sup>.

L' étude belge<sup>17</sup> à mis en évidence qu'il y a plus de décès naturels dans les démences, dans les psychoses et elle a démontré un excès de mortalité naturelle sous neuroleptiques. Or 87% des psychotiques et 60% des déments reçoivent des neuroleptiques.

Diagnostic principal %	Suicide N=187	Naturel Prévisible N= 782	Naturel Inattendu N= 441	<i>Transferts</i> N=4005	<i>Population</i> N=185.176
Démence	1.1	<u>51.7</u>	<u>25.7</u>	<u>13.7</u>	3.25
Substances	14.4	7.2	13.4	21.2	28.2
Schizophrénie	<u>30.5</u>	<u>12.3</u>	<u>23.4</u>	12.3	14.8
Tr. humeur	<u>36.4</u>	6.4	15.7	25.8	24.3
Tr. anxieux	1.6	0.9	1.1	1.2	2.8
Débilité	0	6.7	<u>5.2</u>	1.1	1.3
Autre	16	16.8	15.5	24.7	25.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

### Type de décès en fonction du diagnostic psychiatrique <sup>17</sup>

Si l'on prend l'ensemble de la population sous neuroleptiques (tous diagnostics), nous confirmons un excès de mortalité naturelle dans les démences et la schizophrénie, mais nous obtenons la même association statistique si nous prenons la population ne recevant pas de neuroleptiques. Cela met en évidence qu'en tout cas ces deux classes diagnostiques sont plus vulnérables .

Par ailleurs si nous prenons les démences et que nous comparons le groupe sous neuroleptique versus celui sans neuroleptiques, le test est significatif, ce

qui met en évidence un effet aggravant des neuroleptiques sur cette vulnérabilité. Par contre avec les psychotiques le test n'est pas significatif<sup>17</sup>.

Il faut cependant pointer que pour le groupe des psychotiques jeunes, le nombre de morts observés est insuffisant pour effectuer des tests statistiques mais 90% des décédés sont des morts inattendues sous neuroleptiques.

## Prevention

La prévention de la mort subite a fait l'objet de publications de recommandations.

Celles de l'European Society of Cardiology ont été mises à jour en 2015<sup>23</sup>. Elle repose sur l'identification des sujets à risque chez qui doit être discutée l'indication de la pose d'un défibrillateur automatique implantable en plus du traitement spécifique de la maladie causale.

Une évaluation médicale, comprenant un interrogatoire, un examen clinique et un électrocardiogramme pourrait diminuer le risque de mort subite<sup>24</sup>.

Plusieurs recommandations publiées sur la prévention de ces accidents, tant en Europe<sup>25</sup> qu'aux États-Unis<sup>26</sup>. Les deux publications diffèrent cependant sur plusieurs points, l'un des plus importants étant celui attribué au rôle de l'électrocardiogramme dans le dépistage des sujets à risque le plus important est le **syndrome du QT long** qui se caractérise par un allongement de l'intervalle QT associé à un risque élevé de torsades de pointe ou de fibrillation ventriculaire pouvant entraîner syncope et mort subite qui se caractérise par un allongement de

l'intervalle QT sur l'électrocardiogramme de surface, ce dernier examen est fortement recommandé en Europe mais l'est beaucoup moins aux États-Unis. Si l'intérêt de l'électrocardiogramme n'est plus à démontrer, plusieurs freins à sa réalisation systématique subsistent.

Les situations cliniques à risque, documentées pour favoriser un prolongement de l'intervalle QT et engendrer des TdP, sont la polymédication, les interactions médicamenteuses (aussi bien pharmacodynamiques que pharmacocinétiques, principalement au niveau du CYP3A4), le traitement de maintenance à la méthadone, les troubles électrolytiques comme l'hypokaliémie et l'hypomagnésémie, ainsi que les antécédents cardiovasculaires en général <sup>27</sup>. Ces facteurs de risque favorisent l'effet proarythmogène des psychotropes et des «channelopathies héréditaires» par un prolongement de l'intervalle QT.

En plus de leur effet au niveau du système nerveux central, les médicaments psychotropes exercent une action pharmaco-dynamique sur plusieurs canaux ioniques. Ils bloquent en particulier plusieurs canaux potassiques (I<sub>ks</sub> et I<sub>kr</sub>) durant les phases 2 et 3 de repolarisation ventriculaire. Il existe, en plus, une étiologie héréditaire du syndrome du QT long, répertorié actuellement en huit phénotypes qui influencent l'activité de différents canaux potassiques et sodiques. Les gènes incriminés pour les trois phénotypes les plus fréquents sont : pour les canaux potassiques le KCNQ1 (anciennement KVLQT1) responsable du long QT syndrome (LQT1 ou phénotype de type 1) et le KCNH2 (codant le LQT2 ou phénotype de type 2) ; pour les canaux sodiques, le gène SCN5A est responsable du LQT3 ou

phénotype de type 3.<sup>28</sup> Des mutations sont aussi connues pour les canaux HERG, bloqués par les antidépresseurs tricycliques<sup>29</sup>.

Curieusement, les facteurs déclenchant un passage en TdP sont différents pour chaque phénotype (sport, bruit, repos), mais un médicament allongeant l'intervalle QT semble dans tous les cas être un facteur prédisposant<sup>30</sup>. Ces «channelopathies héréditaires» ne sont pas systématiquement identifiables à l'ECG et il n'est pas toujours possible de faire la distinction entre une cause purement héréditaire et une cause médicamenteuse<sup>31</sup>. Par exemple, le sertindole, l'halopéridol, l'amitriptyline et la méthadone induisent un prolongement de l'intervalle QT en bloquant les canaux potassiques HERG<sup>32</sup>. De plus, l'halopéridol, à l'instar des antiarythmiques de classe Ic, tels que le flécaïnide (Tambocor) et le propafénone (Rytmonorm), bloque aussi les canaux sodiques et possède des effets dits quinidine-like en retardant le flux de sodium dans la cellule myocardique<sup>33</sup>. Tout médicament allongeant le QT devrait être proscrit chez les patients ayant un syndrome dit du QT long congénital.

En revanche, l'âge et le sexe n'ont pas été formellement identifiés comme facteurs de risque indépendants dans ce contexte<sup>34</sup>.

Pour l'incrimination des neuroleptiques dans les morts subites cela reste une question polémique et jusqu'à nos jours l'épidémiologie ne permet pas de conclure.

## *SUICIDE*

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS en 2011), le suicide est la treizième cause de mortalité dans le monde, tous âges compris, et parmi les premières causes de mortalité chez les jeunes. Les tentatives de suicide sont estimées entre dix et vingt millions chaque année dans le monde

En 1999, l'OMS a lancé SUPRE, une initiative à échelle mondiale pour la prévention du suicide . Bien que les suicides survenus dans les établissements de santé représentent une part notable de ce phénomène, il existe peu de travaux sur ce thème, tandis que les recommandations et les programmes de prévention sur le sujet demeurent le plus souvent limités à l'échelon local ou régional.

Plusieurs raisons peuvent expliquer un tel constat. C'est tout d'abord la réticence du milieu soignant à aborder cette question, peut-être plus marquée que dans d'autres milieux professionnels en raison de la forte remise en cause qu'elle suscite. C'est également la rareté du suicide, qui facilite la négligence vis-à-vis des actions de prévention et rend particulièrement difficile la mise en oeuvre d'études prospectives.

De nombreux arguments plaident cependant en faveur d'une action plus prononcée dans ce domaine, notamment la forte incidence des suicides survenant dans les services de psychiatrie, et le fait que l'environnement hospitalier est particulièrement approprié à la mise en oeuvre de mesures de prévention.

Les patients ayant un trouble mental présentent un risque suicidaire cinq à 15 fois plus élevé que les sujets de la population générale <sup>35</sup>. L'incidence du suicide



chez les patients hospitalisés ou ayant été hospitalisés en psychiatrie est particulièrement élevée.

Un grand nombre de suicidés ont des antécédents de soins psychiatriques : au cours de l'année qui précède leur mort, plus de 20 % d'entre eux ont été hospitalisés en psychiatrie , 24 % ayant eu un contact avec un intervenant psychiatrique .Parmi ces derniers, 23 % étaient sortis d'une hospitalisation psychiatrique au cours des trois mois précédents tandis que 10 à 16 % étaient hospitalisés au moment du passage à l'acte et que 2,9 % se sont suicidés le lendemain de leur sortie <sup>36</sup>.

À partir de ces données, on peut estimer que 3,0 à 4,5 % de l'ensemble des suicides sont réalisés lors d'une hospitalisation psychiatrique ou dans les 24 heures qui suivent la sortie <sup>29</sup>.

L'importance du risque suicidaire chez les patients hospitalisés en psychiatrie se traduit par une incidence élevée, de l'ordre de 250 pour 100 000 admissions (Tableau 3).

La proportion de suicide dans notre contexte était non négligeable ( environ 34% ), ce pourcentage est très élevé si l'on compare avec les autres études ,cela nous incite à dévoiler les facteurs des risque de cette incidence.

L'âge des suicidés en hôpital psychiatrique apparait toutefois plus élevé que l'âge moyen en population générale selon des études <sup>37 38</sup>, il est entre 20 et 40 ans et c'est le cas pour notre étude où l'âge moyen des suicidés est de 38 ans.

Le risque relatif de suicide chez les patients hospitalisés en psychiatrie apparaît plus élevé pour les femmes que pour les hommes <sup>39</sup> ce qui est en accord avec les résultats de notre étude: Avec une incidence objectivée de 71.7 suicide /100000 admissions au service femme et 56/100000 au service homme.

A l' hôpital psychiatrique les troubles mentaux présentés par les suicidés les plus fréquents sont les schizophrénies (27\_47%), et les troubles de l'humeur (39\_45%) <sup>40,41</sup>. Ce qui concorde avec nos résultats retrouvant 88% des suicides associés à la schizophrénie et aux troubles de l'humeur.

Auteurs	Année	Pays	Période	Incidence/100 000	Nombre de suicide
Fernando et Storm	1984	Royaume-Uni	/	384	22
Ganesvaran et Shah	1997	Australie	1973–1993	368	103
Proulx et al.	1997	Canada	1986–1991	104	/
Roy et Draper	1995	Canada	1996–1998	358	37
Powel et al.	2000	Royaume-Uni	1963–1992	137	112
Corcoran et Walsh	2000	Irlande	10 ans	319	/
Deisenhammer et al.	2000	Autriche	8 ans	109–148	44
King et al.	2001	Royaume-Uni	1988–1997	204	75
Spiessl et al.	2001	Allemagne	1989–1999	76	30
Ho et Tay	2002	Hong-Kong	1997–1999	232	80
Dong et al.	2005	Chine	1997–1999	269	92

**Tableau 3 :**

## Incidence du suicide en l'hôpital psychiatrique dans plusieurs pays

### Facteurs de risque

Les facteurs de risque liés aux patients retrouvés dans notre travail sont retrouvés par d'autres auteurs et incluent les facteurs socio-économiques de même que les difficultés à accéder aux centres de soin <sup>42</sup>, les antécédents familiaux et personnels somatiques et psychiatriques, ainsi que les habitudes de vie tels que le tabagisme, l'usage de substances psychoactives, l'alimentation, et la sédentarité <sup>43</sup>.

Parmi les facteurs de risque suicidaire identifiés chez les patients hospitalisés, certains sont aspécifiques, identiques à ceux de la population générale, d'autres sont propres au milieu hospitalier et aux patients qui y séjournent.

### *Facteurs de risque individuels*

Les facteurs socio-démographiques : Les caractéristiques socio-démographiques des patients suicidés en institution sont proches de celles des suicidés en population générale <sup>44</sup>.

L'âge moyen des suicidés : il est, en moyenne, de 40 ans en hôpital psychiatrique (Dans notre étude l'âge moyen des suicidés est de 38 ans).

La prédominance masculine est marquée chez les suicidés en milieu psychiatrique et le risque relatif de suicide chez les patients hospitalisés en psychiatrie apparaît ainsi plus élevé pour les femmes que pour les hommes .

En hôpital psychiatrique, les troubles mentaux présentés par les suicidés varient beaucoup avec le temps et d'un centre à l'autre.

Classiquement, les troubles les plus fréquents sont les troubles de l'humeur et les schizophrénies ,les troubles de la personnalité ,puis l'éthylisme .

Certains auteurs, comme McCloud et al<sup>45</sup>. , soulignent l'importance des comorbidités toxiques qui sont retrouvées chez de nombreux suicidés. Le suicide en institution concerne plus particulièrement les patients schizophrènes : 50 % des schizophrènes qui ont été hospitalisés et qui décèdent par suicide réalisent leur acte durant une hospitalisation .

Le risque suicidaire pour le sous-type paranoïde est trois fois supérieur à celui des autres sous-types et huit fois supérieur à celui du sous-type déficitaire<sup>34</sup> . Les antécédents suicidaires sont également très fréquents, retrouvés chez 75 % des suicidés <sup>46</sup>.

### **Facteurs de risque liés à la période d'hospitalisation et aux conditions de prise en charge**

**Période d'hospitalisation** : les études consacrées au risque suicidaire en fonction de la période d'hospitalisation ont été principalement réalisées en milieu psychiatrique.

Deux périodes sont reconnues comme particulièrement critique :

**La première semaine d'hospitalisation** est depuis longtemps reconnue comme une période à risque élevé. Pour Copas et Robin <sup>47</sup>, le risque suicidaire est cinq fois plus élevé durant les sept premiers jours d'hospitalisation qu'au cours des semaines suivantes. Pour Meehan et al<sup>34</sup>, 25% des suicides surviennent durant cette période. Ils sont réalisés dans 31 % des cas dans le service, dans 13 % des cas dans l'hôpital ou à proximité de l'hôpital et dans 53 % des cas à distance de l'hôpital. Dans 10 % des cas le patient était hors du service avec accord médical, dans 30 % des cas il était en permission et dans 22 % des cas il avait quitté le service sans accord médical. La pendaison (42 %), la précipitation (27 %) et l'intoxication (11 %) sont les moyens suicidaires les plus souvent utilisés .

**La période des deux semaines** qui suivent la sortie est une seconde période à très haut risque suicidaire<sup>48</sup>.

En Angleterre, Goldacre et al.<sup>37</sup> ont étudié ce risque au cours de l'année qui suit la sortie de l'hôpital. Pour les quatre semaines suivant la sortie, ils retrouvent un ratio standardisé de mortalité (RSM) de 213 pour les hommes et de 134 pour les femmes. Durant cette période, le risque suicidaire est 7,1 fois plus élevé que durant les 48 semaines restantes chez les hommes et trois fois plus élevé chez les femmes.

L'étude finlandaise de Pirkola et al<sup>49</sup> confirme la nette décroissance avec le temps des suicides survenant durant l'année qui suit la sortie de l'hôpital : 28 % des suicides surviennent au cours de la première semaine, 15 % entre la première semaine et la fin du premier mois (5 % par semaine),

20 % entre le premier et le troisième mois (2,3 % par semaine), 18,5 % entre le troisième et le sixième mois (1,4 % par semaine) et 18,7 % entre le sixième et le 12e mois (0,7 % par semaine).

Meehan et al<sup>34</sup> font la même observation à partir de l'étude de 1100 suicides réalisés en Angleterre et au Pays-de-Galles dans l'année qui suit une hospitalisation psychiatrique : 337 suicides (32 %) sont réalisés au cours des deux semaines qui suivent la sortie de l'hôpital, 32 d'entre eux (2,9 %) survenant au premier jour de sortie.

Dans notre étude presque 44 % des suicides ont été lors de la première semaine, 28 % lors de la deuxième semaine , 20 % lors de la troisième semaines et 0.8 % lors de la quatrième semaine

Donc presque la moitié des décès survient à la première semaine. Cela concorde bien avec ces études.

De nombreux auteurs estiment que la qualité de la prise en charge détermine fortement le risque suicidaire et ont dressé la liste des facteurs de risque en ce domaine .

À partir d'une revue de la littérature, Lloyd <sup>50</sup> a résumé ces facteurs ainsi que les signaux de danger susceptibles d'alerter sur le risque suicidaire

**Les facteurs associés à la survenue de suicide en milieu hospitalier sont :**

- l'existence de moyens suicidaires facilement accessibles

- une surveillance inadéquate
- l'absence d'unité de soins intensifs
- la sous-estimation du risque suicidaire
- l'insuffisance de communication entre médecins et infirmières.
- 

Les signaux de danger susceptibles d'alerter sur le risque suicidaire sont :

- Une amélioration clinique trompeuse
- L'absence de résolution des problèmes psychosociaux ayant contribué à l'hospitalisation
- Un comportement ressenti comme manipulateur
- Un rejet de l'équipe soignante
- Un faible moral de l'équipe soignante
- Un niveau de qualification insuffisant de l'équipe soignante
- Le début d'hospitalisation
- La période précédant immédiatement la sortie
- La survenue de fugues
- La survenue récente de suicides dans l'établissement.

## Prevention

Malgré l'importance du phénomène, la plupart des programmes nationaux de prévention du suicide n'ont pas inclus la réduction du suicide dans les établissements de santé parmi leurs objectifs prioritaires.

En France par exemple , le Plan national de prévention du suicide (1998—2000) s'est ainsi limité à proposer une amélioration du recensement des suicides dans les hôpitaux.

Plus récemment, l'Angleterre est devenue l'un des rares pays à proposer des mesures en vue de « réduire le nombre de suicides chez les personnes en contact avec les services de santé mentale » .

L'Italie a pour sa part initié un programme, encore non évalué, sur la base de recommandations élaborées en octobre 2006.

En pratique, les propositions d'actions de prévention ont **deux sources principales** : les publications scientifiques, en outre , les initiatives locales ou locorégionales conduites par des hôpitaux psychiatriques .

La plupart des mesures préconisées sont destinées aux services de psychiatrie, les hôpitaux généraux n'ayant fait l'objet que de rares propositions .

Ces mesures peuvent être classées en cinq catégories :

- 1. La sécurisation de l'environnement hospitalier ;**



### **Réduire l'accessibilité aux moyens de suicide**

En dehors des mesures de sécurisation externe (localisation de l'hôpital à distance de lieux tels que voie ferrée, plan d'eau, lieux de précipitation, etc.), le service de psychiatrie sera au mieux situé au rez-de-chaussée ou à un étage inférieur (deuxième étage au maximum). Dans le service, et plus particulièrement dans les lieux accessibles aux patients, les points d'accrochages en hauteur (douches, radiateurs, lits, TV, sonnettes d'appel) doivent être supprimés, sinon limités et fragiles. Les fenêtres doivent être étroites, en verre incassable et munies d'une fermeture sécurisée.

### **Faciliter la surveillance**

Les chambres doivent pouvoir être visibles en totalité lors du passage de l'infirmier de nuit, les cabinets de toilette accessibles par les soignants. La salle des infirmiers doit permettre de surveiller les allées et les venues dans le service.

La surveillance est au mieux réalisée dans les chambres ou unités de « surveillance rapprochée », particulièrement sécurisées et situées à proximité immédiate de la salle des infirmiers.

## **2. L'optimisation de la qualité de la prise en charge ;**

Deux types de mesures peuvent y contribuer.

### **L'évaluation du risque suicidaire**

Elle doit être réalisée de façon systématique lors des entretiens psychiatriques et infirmiers initiaux, puis de façon répétée (recherche d'idées suicidaires et de facteurs de risque : antécédents suicidaires, notamment). Elle fait également partie des entretiens avec l'entourage. Elle s'impose particulièrement lorsque le sujet se montre peu communicant et en cas d'amélioration inattendue de l'état clinique.

En cas d'idées suicidaires exprimées, l'intentionnalité suicidaire (planification, moyens envisagés. . .) doit être mesurée. L'évaluation est consignée par écrit et transmise à l'ensemble des soignants.

#### **La mise en oeuvre de stratégies de prévention en cas de risque suicidaire**

Elle doit concilier au mieux, en fonction de l'importance du risque suicidaire, le respect de l'intimité des personnes et les impératifs de sécurité. Elle comporte:

En amont, le contrôle et la limitation des effets personnels pour tous les patients (suppression des médicaments, toxiques, objets tranchants, cordons, etc.) .

En cas de risque suicidaire, le contrôle précédent, ainsi que la surveillance, sont resserrés : entretiens rapprochés, contacts visuels plus fréquents, mise en chambre sécurisée, etc. Les sorties du service sont restreintes ou, si la situation le permet, sécurisées (relais de surveillance par les proches, par exemple) .

L'élaboration d'un programme de prévention des fugues et de protocoles d'alerte et d'intervention rapide en cas de fugue, de manière à retrouver rapidement le sujet.

Pour beaucoup d'auteurs, la prévention du suicide en hôpital psychiatrique inclut la période posthospitalière immédiate. Le principe est d'organiser, pour les patients à risque (sortis contre l'avis médical, en particulier), un suivi rapproché en collaboration avec des équipes extrahospitalières informées de la situation (rendez-vous dans la semaine suivant la sortie) et de faciliter une réhospitalisation rapide en cas de rechute précoce.

### **3. La formation des équipes soignantes ;**

La prévention du suicide exige des soins de qualité, réalisés par des équipes soignantes en nombre suffisant, formées aux techniques de prise en charge psychiatriques et dotées d'une bonne cohésion. La formation de ces équipes vise à renforcer leurs compétences soignantes générales et dans la prise en charge du patient suicidaire.

La formation à l'évaluation et la prévention du risque suicidaire est un des axes de la prévention du suicide : le plan anglais prévoit une formation tous les trois ans.

Les programmes de formation doivent inclure des actions générales portant sur

:

- le renforcement de la cohésion des équipes (réalisation de « staffs » réguliers) .
- le repérage et la gestion des mouvements contre transférentiels vis-à-vis des sujets à risque.
- l'établissement de relations de qualité avec les patients (infirmiers référents) le maintien d'un cadre thérapeutique stable : tout changement de thérapeute, même transitoire, doit être annoncé et préparé à l'avance avec le patient.
- le repérage des situations à risque, qui doivent être préparées : première permission, sortie du service (implication de la famille).

#### **4. L'implication de l'entourage dans les soins**

Cette implication en passe par un échange d'information avec les proches sur le risque suicidaire et sur son évolution.

Les proches sont également informés des mesures de prévention prises par l'équipe (contrôle des effets personnels, passage en unité protégée). Ils participent à la préparation des permissions et à la sortie du patient.

Cette mesure n'est pas toujours réalisable, compte tenu du fréquent isolement des sujets à risque suicidaire.

#### **5. La mise en oeuvre de mesures « postévénementielles ».**

Ces mesures font suite à la survenue d'un suicide ou d'une TS. Elles sont destinées :

- *Aux équipes soignantes* : l'organisation d'une ou plusieurs réunions associant l'ensemble des soignants (chef de service, médecins, infirmières) doit permettre l'expression du ressenti de chacun (émotions, culpabilité. . .), mais aussi l'analyse des conditions de survenue de l'événement et l'identification d'éventuels erreurs ou dysfonctionnements.
- *Aux proches du patient*, qui doivent être reçus dans le cadre d'un entretien, qui rend compte des circonstances du suicide. Il permet également aux proches d'exprimer leur souffrance, leur culpabilité ou leur ressentiment, et de poser leurs questions .
- *Aux autres patients* : l'attitude à leur égard doit être individualisée, prudente et nuancée, sans excès d'information mais sans déni d'une réalité souvent connue d'eux.

Dans tous les cas, une attention particulière sera portée à ceux qui ont découvert la scène (qui ont parfois tenté de porter secours), qui ont annoncé le décès aux proches, aux endeuillés : ceux-là devront être aidés. Une prévention des phénomènes de contagion suicidaire, puis d'imitation suicidaire, sera entreprise.

Pour conclure plus de 34% des patients décédés en milieu psychiatrique de Fès sont des suicides,. L'importance de ce chiffre justifie la mise en oeuvre d'actions de prévention spécifiques au sein des services de psychiatrie et l'inclusion de ce type de mesures dans les programmes nationaux de prévention du suicide.

Ces actions de prévention sont fondées sur la sécurisation de l'hôpital et de son environnement proche, l'optimisation de la prise en charge des patients à risque suicidaire, la formation des soignants au repérage et à la prise en charge de ces sujets, l'implication de l'entourage dans les soins et la systématisation des réunions de concertation en cas de passage à l'acte suicidaire.

Elles peuvent s'associer à une revue de morbi mortalité fondée sur l'inventaire systématique des actes suicidaires au sein d'un service ou d'un établissement.

Les Actions de prévention et revues de morbimortalité devraient à l'avenir s'inscrire de façon régulière dans le processus d'accréditation des établissements et comme thème d'évaluation des pratiques professionnelles.

## *MALADIES CARDIO VASCULAIRES*

Selon OMS Les maladies cardiovasculaires (MCV) regroupent un certain nombre de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins comme: L'hypertension artérielle ; Les cardiopathies coronariennes ;Les maladies cérébrovasculaires ;Les cardiomyopathies....

Dans notre étude le pourcentage des Maladies cardio-vasculaires arrivent en troisième place après les morts subite et les suicides comme cause de mortalité avec 15 % des cas.

Dans plusieurs études les médecins considèrent la mort subite, un décès inattendu chez une personne apparemment en bonne santé physique. Tandis que les causes cardiovasculaires désignent plutôt les complications des maladies cardiovasculaires.

Beaucoup d'études préfèrent utiliser les termes mort naturelle inattendue et naturelle prévisible.

Parmi les causes les plus fréquentes de mort naturelle prévisible, les étiologies thrombo-emboliques.

Plusieurs auteurs ont rapporté ces causes à une fréquence égale à celle des causes cardiaques décrites comme première cause de mortalité chez les malades mentaux dans la majorité des études <sup>51</sup>.

Trois mécanismes pouvant être impliqués :

**Premièrement**, l'impact de la maladie mentale qui pourrait avoir un risque thromboembolique intrinsèque. Henderson <sup>52</sup> avança l'hypothèse d'un lien entre l'augmentation de l'adrénaline au cours des recrudescences psychotiques et une accentuation de la coagulation sanguine. On pourrait cependant suggérer que la plus grande incidence des embolies pulmonaires au cours des maladies mentales pourrait être liée à l'absence de mobilité par les signes déficitaires comme dans le cas de la schizophrénie catatonique <sup>40</sup>.

**Deuxièmement**, le rôle de la contention physique pourrait être incriminé de part sa contrainte à l'immobilité<sup>53</sup>.

**Enfin**, le rôle des neuroleptiques est fortement incriminé selon plusieurs auteurs, dans notre étude, cela est suggéré par les décès qui surviennent en début de séjour dans les suites des premières doses reçues de neuroleptiques.

Zornberg et Jick <sup>54</sup> ont trouvé que le risque de thrombose veineuse est multiplié par sept pendant les trois premiers mois de la prescription d'un neuroleptique conventionnel.

Le risque relatif de survenue de complications thrombo-emboliques sous clozapine est évalué à 5,2 par rapport à la population générale <sup>55</sup>.

D'autres travaux se sont penchés sur l'implication des troubles d'humeur et le troubles anxieux dans la genèse des complications cardiaques, ainsi certaines études portant sur les patients souffrant des maladies cardiaques ont mis en évidence des taux élevés de dépression<sup>56</sup>.



Chez ces patients, la présence d'une symptomatologie dépressive s'accompagne d'un risque de mortalité élevé<sup>45</sup>.

De façon similaire, des études menées dans la population générale ont montré que les personnes atteintes d'une dépression présentaient un risque élevé de développer des maladies cardiovasculaires<sup>49</sup>.

Plusieurs études ont également montré que les troubles anxieux, certains traits de la personnalité, ainsi que la consommation d'alcool pouvaient prédisposer aux maladies cardiovasculaires ou avoir un impact défavorable sur l'évolution de ces maladies <sup>49</sup>.

Les personnes qui prennent des médicaments antipsychotiques et des antidépresseurs ont beaucoup plus de risques que les autres de mourir d'une arythmie (un trouble du rythme cardiaque) lors d'un infarctus du myocarde.<sup>57</sup>

Les principaux facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire sont liés au mode de vie : tabagisme, alimentation déséquilibrée, manque d'activité physique, usage nocif de l'alcool, facteurs psychosociaux tels que le stress<sup>58</sup>.

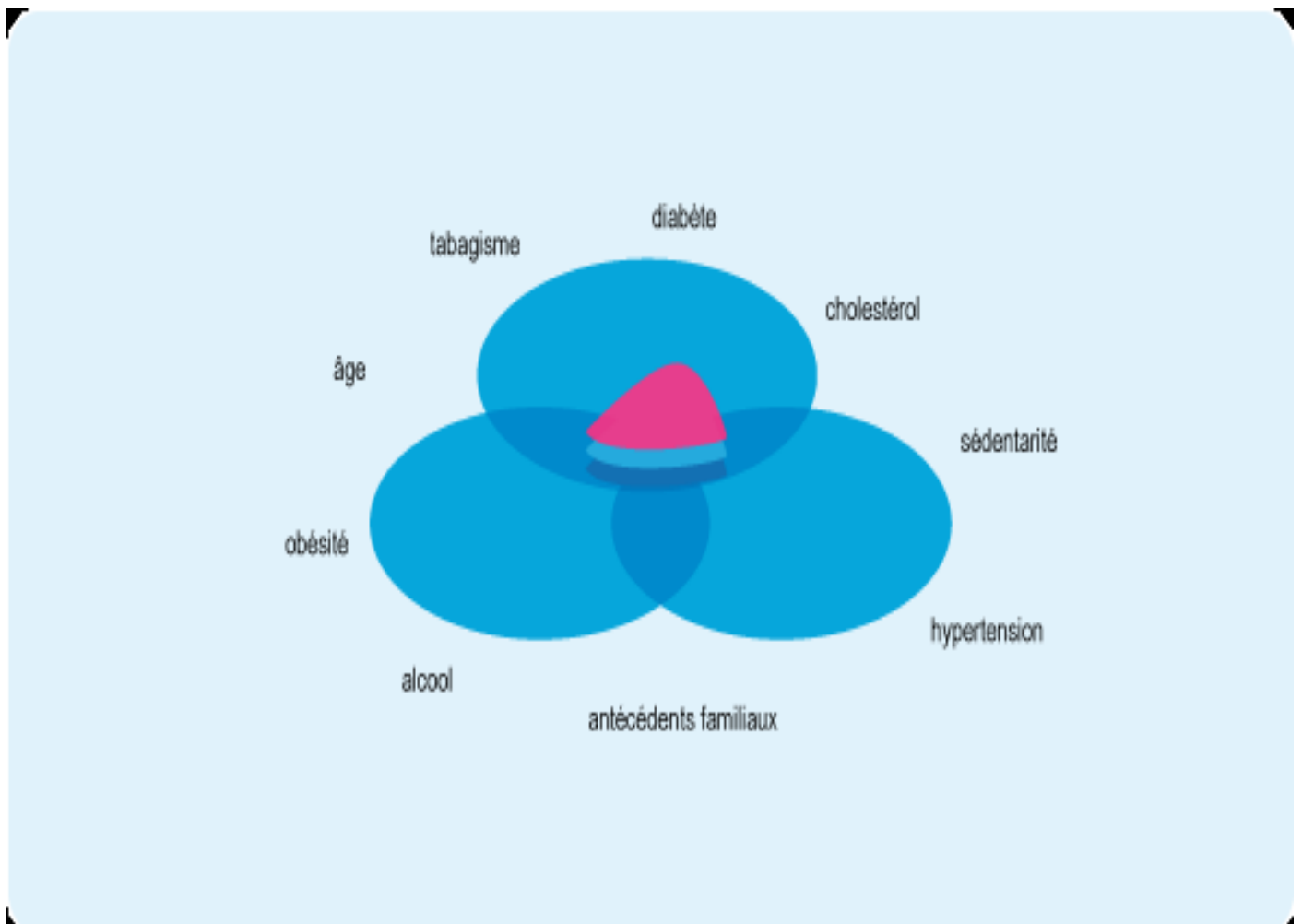
Ces facteurs liés au mode de vie contribuent à l'émergence de facteurs de risque dits intermédiaires qui accroissent fortement le risque de survenue **mais aussi l'aggravation** d'une maladie cardio-vasculaire : l'hypertension artérielle, le diabète (type2), l'hypercholestérolémie, le surpoids et l'obésité.

Ces facteurs individuels s'inscrivent dans un contexte plus général de déterminants qui influencent l'état de santé : facteurs génétique l'âge, niveau

d'éducation et de revenus, environnement social et physique, conditions de vie et de travail, situation de précarité, accès aux soins.

Il est possible d'estimer un niveau de risque cardio-vasculaire pour chaque individu. Les personnes avec une histoire familiale de maladie cardio-vasculaire, ou atteints d'une maladie cardio-

neurovasculaire, d'une insuffisance rénale, d'un diabète ou d'une fibrillation atriale non traitée sont considérées a priori comme à haut risque.



### Les facteurs de risque cardiovasculaire <sup>58</sup>

## **Les facteurs de risque:**

### **Lies aux patients**

Selon des études réalisées en 2008 <sup>59 60</sup> personnes souffrant des troubles mentaux sont d'avantage à risque d'avoir des habitudes de vie délétères pour la santé, et sont moins susceptibles d'avoir accès à la même qualité de suivi ou de prise en charge médicale que la population intacte de troubles mentaux ou souffrant de pathologies physiques équivalentes.

Selon Khaw et al <sup>61</sup> la réduction de la consommation du tabac et de l'alcool ainsi que le suivi d'un régime alimentaire équilibré et d'une activité physique régulière chez les malades mentaux permettent d'augmenter l'espérance de vie de 14 ans.

### **Le syndrome métabolique**

Reconnu depuis les années 1920 ne se définit pas comme étant une maladie. Il se traduit par la présence de plusieurs troubles physiologiques et biochimiques. Ce syndrome est un véritable fléau mondial.

le syndrome métabolique selon OMS 1999 , aussi appelé « syndrome X », désigne la coexistence de plusieurs troubles de santé d'origine lipidique, glucidique ou vasculaire associés à un excès de poids, chez un même individu.

Il est favorisé par le manque d'activité physique, la sédentarité, l'obésité ainsi que la mauvaise alimentation. Afin de prévenir ce syndrome et notamment l'insulino-résistance, on préconise d'adopter une hygiène de vie saine.

L'ensemble de ces désordres métaboliques augmente considérablement le risque de diabète de type 2, de maladies cardiaques et d'accident vasculaire cérébral (AVC).

### **L'obésité**

L'obésité est une maladie évitable dont la cause physiologique est un déséquilibre chronique de la balance énergétique où les apports en énergie sont plus importants que les dépenses.

Il est fréquent que plusieurs troubles mentaux coexistent chez une même personne et que celle-ci souffre davantage de maladies « somatiques<sup>61</sup> ».

Des études ont démontré que les troubles mentaux se retrouvaient plus fréquemment chez les personnes obèses que dans la population générale<sup>62 63</sup>.

Donc il semble bien qu'il y ait une relation entre l'obésité et plusieurs troubles mentaux responsables de mort intra hospitalier.

Le lien entre l'obésité et les troubles psychiatrique est complexe ,il est bidirectionnel.

Malheureusement on n'a pas trouvé les données nécessaires pour étudier cette relation dans notre échantillon.

Mais l'importance ici est de chercher toujours ce facteur de risque pour tout les hospitalisés.

Selon plusieurs travaux Il existe un lien entre l'obésité et les facteurs de risque de mort intra hospitalier , c'est important de chercher ce lien chez nous dans les prochaines études.

### **Lies aux conditions de l'hopital psychiatrique :**

Plusieurs auteurs rapportent que les établissements de santé mentale dans de nombreux pays sont moins financés que les autres établissements de soins.

Tradition de séparation des établissements de santé mentale des établissements de santé générale, tant à l'emplacement des installations et dans l'affectation des ressources et des modèles de gestion des employés.

les auteurs soulignent également l'intérêt porté des psychiatres pour la santé mentale par rapport à la santé somatique et inversement, la stigmatisation des patients psychiatriques par les somaticiens <sup>64</sup>.

### **Prevention**

Repérer et prendre en charge les personnes à haut risque cardio-vasculaire : agir sur les facteurs de risque modifiables pour chaque hospitalisé.

Le repérage des personnes à risque élevé, à partir d'une évaluation des facteurs de risque individuels de la personne, est nécessaire pour réduire le risque

d'accident cardio- neurovasculaire. Demander des bilans paracliniques en cas de présence de facteurs de risque.

Réduire ce risque repose sur la réduction des facteurs modifiables : facteurs liés aux habitudes de vie pendant et après l'hospitalisation (arrêter de fumer, adopter une alimentation équilibrée et réduire la consommation de sel, avoir une activité physique régulière et limiter la sédentarité, éviter l'usage nocif d'alcool, réduire le stress, réduire le surpoids) et le recours, si nécessaire, aux traitements médicamenteux de l'hypertension artérielle, du diabète, ou de l'hypercholestérolémie.

Les professionnels de santé accompagnent ces interventions, par l'éducation thérapeutique du patient, ou plus globalement par l'éducation à la santé.

Un accompagnement pluri-disciplinaire peut être nécessaire.

Les maladies cardio-vasculaires s'accompagnent de complications graves avec urgence vitale.

La rapidité de la prise en charge et de l'accès à des structures de soins spécialisées dépendent la survie et la limitation des séquelles.

C'est pourquoi la connaissance des symptômes de l'accident vasculaire cérébral ou du syndrome coronarien aigu, la connaissance des gestes de premiers secours et la disponibilité des défibrillateurs automatisés externes (DAE) en cas d'arrêt cardiaque soudain, l'accès aux traitements d'urgence adéquats dans un hôpital psychiatrique sont des mesures primordiales.

# LES CONDUITES A TENIR ET LES RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE

## **VIII. LES CONDUITES A TENIR ET LES RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE**

Nous avons déjà rechercher et discuter dans les chapitres précédents les causes les plus fréquentes de mortalité dans notre contexte et les mesures préventives. Mais l'importance de ce chapitre est de faire des conduites à tenir préventive et surtout pratique.

les résultats étaient comme suit : trois étiologies représentent presque 90% des causes de ces mortalités : Mort subite , suicide et les maladies cardiaques.

### **1. Mort subite**

Selon OMS c'est une mort inopinée, rapide, survenant en moins d'une heure après le début des premiers symptômes ou l'aggravation de symptômes préexistants . Mort apparue de façon naturelle, ce qui exclut les morts d'origine traumatique par accident, suicide, meurtre. Le décès survient après le début des symptômes qui évoquent un défaut d'irrigation du cœur : c'est la mort subite de l'adulte.

L'incrimination des neuroleptiques dans les morts subites reste une question polémique.

Le délai étroit entre l'initiation d'un traitement neuroleptique et le décès



incrimine les neuroleptiques comme un facteur contribuant largement à la mort subite<sup>21</sup>.

On ignore les causes de ces défaillances cardiaques imprévisibles, mais on savait que les neuroleptiques dits de première génération en augmentent le risque<sup>65</sup>.

Les neuroleptiques de seconde génération dits atypiques sont aujourd'hui davantage prescrits parce qu'ils auraient moins d'effets secondaires<sup>66</sup>(risque de décès plus faible, moins de troubles moteurs, etc.).

L'utilité de pratiquer un ECG d'emblée chez les patients psychiatriques reste encore actuellement controversée. Peu d'études ont été réalisées sur le sujet et les recommandations sont disparates quant à la nécessité de pratiquer des ECG systématiquement lors d'admission en milieu psychiatrique. Les principales modifications électrocardiographiques recherchées lors de prescription de médicaments psychotropes sont essentiellement le prolongement de l'intervalle QT et de l'intervalle PQ (blocs atrioventriculaires de différents degrés), des blocs sino-auriculaires de type Möbitz, des modifications non spécifiques du segment ST, ainsi que des aplatissements ou des inversions de l'onde T.<sup>67</sup>

Le plus important est le syndrome du QT long qui est un syndrome phénotypiquement et génétiquement hétérogène associé à un risque élevé de torsades de pointe ou de fibrillation ventriculaire pouvant entraîner syncope et mort subite qui se caractérise par un allongement de l'intervalle QT sur

l'électrocardiogramme de surface, plusieurs freins à sa réalisation systématique subsistent<sup>32</sup>.

Compte tenu de la prévalence élevée d'anomalies électrocardiographiques et de mort subite sensiblement plus élevée chez les patients psychiatriques que dans la population en général, nous estimons qu'il est indiqué de faire un ECG chez tous les patients admis en milieu psychiatrique. En particulier, nous recommandons de surveiller l'intervalle lors de l'introduction de médicaments psychotropes allongeant le QT et dans les situations cliniques à risque suivantes : cardiopathie sous-jacente, antécédents cardiovasculaires, troubles électrolytiques (hypokaliémie et hypomagnésémie), polymédication, toxicomanie à la cocaïne, aux amphétamines, abus d'alcool et dans tous les cas, lors d'un traitement de maintenance à la méthadone. La méthadone est actuellement administrée sous forme d'un mélange racémique constitué respectivement à 50% de R- et de S-méthadone. Seule la R-méthadone est pharmacologiquement active et non cardiotoxique<sup>68</sup>. L'administration stéréosélective de R-méthadone est en cours d'évaluation et permettra d'éviter l'exposition concomitante de S-méthadone allongeant le QT.

Enfin, rappelons que le prolongement de l'intervalle QT est considéré comme un effet indésirable grave qu'il faut déclarer, même s'il n'y a qu'une suspicion de lien causal avec l'exposition médicamenteuse. La déclaration de pharmacovigilance est particulièrement importante s'il s'agit d'un médicament récemment mis sur le marché ou si cet effet indésirable n'est pas encore documenté.

➤ Il paraît donc que les conduites préventives sont limités :

1. **Préférer toujours Les neuroleptiques de seconde génération dits atypiques** →
2. **Faire un ECG avant de les administrer**

## 2. Suicide

Le suicide, c'est l'acte de mettre fin à ses jours.

Des études menées tant dans des pays industrialisés qu'en voie de développement, démontrent deux facteurs. •

En premier, une majorité de suicides révèlent un diagnostic de désordre mental. Deuxièmement, le suicide et la conduite suicidaire sont plus fréquents chez les malades mentaux<sup>69</sup> .

Les différentes catégories diagnostiques par ordre décroissant pour le risque suicidaire sont :

- Tous les états dépressifs
- Les troubles de la personnalité : personnalités anti-sociales, limites : borderline, avec impulsivité, agressivité, variabilité de l'humeur •
- Alcoolisme (et/ou abus de drogues chez les jeunes)
- Schizophrénie •
- Troubles mentaux organiques •
- Autres troubles mentaux

Parmi les facteurs de risque suicidaire identifiés chez les patients hospitalisés, certains sont aspécifiques, identiques à ceux de la population générale, d'autres sont propres au milieu hospitalier et aux patients qui y séjournent.

La prévention du suicide comprend une grande variété d'activités qui

incluent une approche adéquate pour l'orientation familiale, le traitement des troubles mentaux, le contrôle environnemental des facteurs de risques et l'éducation communautaire. Une bonne éducation communautaire, une intervention primaire et vitale, inclut une compréhension des causes du suicide aussi bien que de sa prévention et de son traitement.

Malheureusement, il n'y a pas de processus universellement accepté pour traiter les individus qui sont activement ou potentiellement suicidaires. Cependant, les services de conseils doivent être réceptifs aux besoins des individus suicidaires. Pour identifier, évaluer et traiter les individus suicidaires, il faut tenir compte de plusieurs variables importantes. L'éventail des besoins des individus suicidaires comprend les informations, les conseils et les médicaments. Souvent, une combinaison de courtes sessions de conseil positif et de médicaments visant à traiter la dépression et les autres troubles est fortement recommandée.

Quand un individu a des pensées suicidaires, il est important de commencer immédiatement le processus de prise en charge. Cela inclura une évaluation (par ex. niveau d'ambivalence, d'impulsivité, de rigidité et moyens de létalité), une demande de soutien, plusieurs niveaux d'accords et d'engagement de la famille ainsi des difficultés à résoudre des problèmes, à gérer le stress et à exprimer des émotions et des sentiments.

**Suicide – mythe et realite <sup>70</sup>**

<b>MYTHE</b>	<b>REALITE</b>
1 - Les personnes qui parlent de se suicider ne le tente jamais	La plupart des suicidés avaient donné des signaux d'alerte précis de leurs intentions
2 - Les suicidaires (et les suicidants) ont tous l'intention de mourir	La majorité d'entre-eux ont un sentiment ambivalent
3 - Le suicide s'effectue sans prévenir	Les suicidants donnent souvent l'alerte
4 - L'amélioration qui suit une crise signifie que le risque n'existe plus	Beaucoup de suicides surviennent lors d'une période de récupération quand la personne possède l'énergie et la volonté de transformer son désespoir en acte final d'autodestruction
5 - Tous les suicides ne peuvent être prévenus	Vrai mais une majorité le sont
6 - Lorsqu'une personne est suicidaire, il/elle le restera	La pensée suicidaire peut être récurrente mais non permanente et chez certains ne jamais réapparaître

### **Comment identifier une personne suicidaire <sup>70</sup> ?**

Quels sont les signaux à rechercher dans le comportement ou la biographie de la personne ?

- Comportement renfermé,
- Impossibilité de communication avec la famille et les amis
- Désordre mental
- Alcoolisme
- Anxiété ou angoisse
- Changement dans la personnalité avec irritabilité, pessimisme, dépression ou apathie
- Troubles de la conduite alimentaire et du sommeil
- Antécédent de tentative de suicide
- Sentiments de haine de soi, de culpabilité, d' autodépréciation et de honte
- Perte récente majeure : deuil, divorce, séparation, emploi
- Antécédents familiaux de suicide
- Désir soudain de mettre de l'ordre dans ses affaires personnelles, de rédiger son testament, etc
- Sentiments de solitude, d'abandonnisme, de désespoir
- Rédaction d'une note de suicide
- Etat somatique précaire
- mention répétitive de mort et de suicide

### **Comment évaluer le risque de suicide <sup>70</sup>?**

Lorsque le professionnel de santé soupçonne une possibilité de passage à l'acte suicidaire, les facteurs suivants doivent être évalués :

Etat mental actuel, présence de pensées morbides et d'idées de suicide •

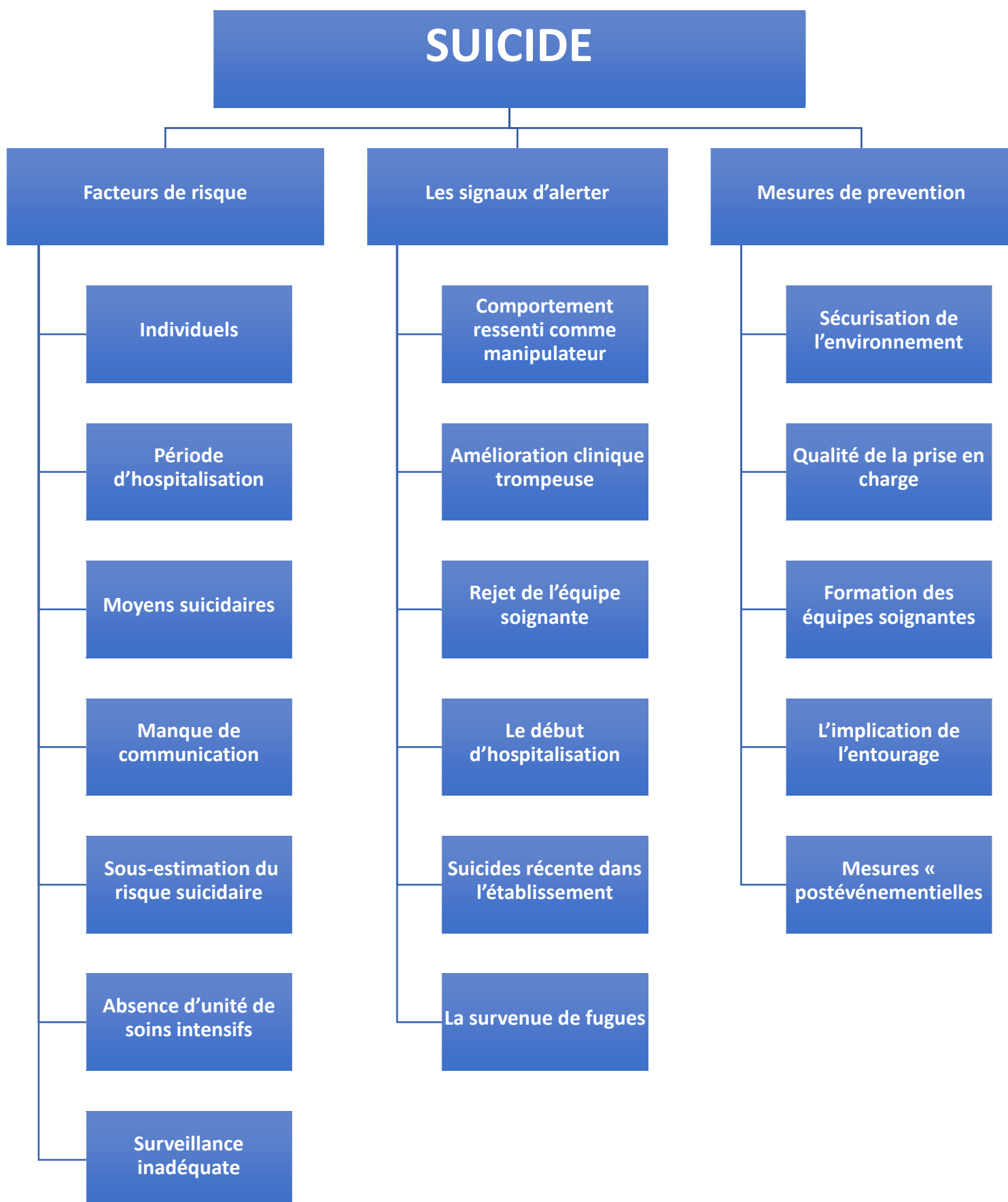
Projet de mise en acte, niveau de préparation et proximité dans le temps •

Etat des soutiens affectifs (famille, amis, etc)

La meilleure façon de s'assurer de cette intentionalité est de poser la question.

On résume les facteurs de risque , les signaux d'alerte et les mesures de prévention déjà discutés dans le chapitre du suicide dans le schéma ci-dessous :





### 3. Maladies cardio-vasculaires

Selon OMS les maladies cardiovasculaires constituent un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins, qui comprend :

- Les cardiopathies coronariennes (touchant les vaisseaux sanguins qui vascularisent le muscle cardiaque).
- Les maladies cérébro-vasculaires (touchant les vaisseaux sanguins qui vascularisent le cerveau).
- Les artériopathies périphériques (touchant les vaisseaux sanguins qui vascularisent les bras et les jambes).
- Les cardiopathies rhumatismales, affectant le muscle et les valves cardiaques et résultant d'un rhumatisme articulaire aigu, causé par une bactérie streptocoque.
- Les malformations cardiaques congénitales (malformations de la structure du cœur déjà présentes à la naissance).
- Les thromboses veineuses profondes et les embolies pulmonaires (obstruction des veines des jambes par un caillot sanguin, susceptible de se libérer et de migrer vers le cœur ou les poumons).

Les principaux facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire sont liés au mode de vie : tabagisme, alimentation déséquilibrée, manque d'activité physique, usage nocif de l'alcool, facteurs psychosociaux tels que le stress, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le surpoids et l'obésité<sup>70</sup>.

Ces facteurs liés au mode de vie contribuent à l'émergence de facteurs de risque dits intermédiaires qui accroissent fortement le risque de survenue mais aussi l'aggravation d'une maladie cardio-vasculaire <sup>71</sup> .

Facteurs de risques non modifiables	Facteurs de risques modifiables
<ul style="list-style-type: none"><li>- Age &gt; 40 ans</li><li>- Sexe : plus important chez les femmes ménopausées</li><li>- Antécédents familiaux</li><li>- Prédispositions génétiques</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hypercholestérolémie</li><li>- Hypertriglycéridémie</li><li>- Hyperglycémie</li><li>- Hypertension artérielle</li><li>- Surpoids</li><li>- Sédentarité</li><li>- Consommation d'alcool en excès</li><li>- Tabagisme</li><li>- Stress</li></ul>

Il est impératif d'évaluer le risque cardio-vasculaire chez tous les patients atteints de pathologie mentale.

Il est recommandé de dépister les facteurs de risque dès le premier examen avec le patient, avant d'initier le traitement médicamenteux. Il est recommandé pour chaque patient d'évaluer systématiquement les facteurs prédictifs pouvant entraîner une prise de poids<sup>72</sup>.

Facteurs prédictifs pouvant entraîner une prise de poids	
Facteurs cliniques	Facteurs démographiques
Choix des antipsychotiques classiques ou de l'antipsychotiques de 2 <sup>ème</sup> génération	Obésité dans l'anamnèse personnelle ou familiale
Premier épisode psychotique	Exagération de la consommation alimentaire en situation de stress
Bipolaire hors cycle rapide (< 4 épisodes par an)	Addiction, consommation de cannabis
Bipolaire avec trait psychotique	Groupes ethniques

**Le dépistage**<sup>80</sup> doit porter sur :

**Les facteurs médicaux** : excès de poids, dyslipidémie, hypertension artérielle, diabète ou intolérance au glucose, antécédents de syncope, facteurs de risque d'arythmie cardiaque, facteur de risque de thrombose veineuse.

**Les facteurs comportementaux** : mauvaise hygiène alimentaire, tabagisme et autres addictions, inactivité physique, stress, polymédications.

**Les facteurs génétiques** : contexte ethnique, histoire familiale de maladies métaboliques, cardiovasculaires ou de mort subite.

L'évaluation globale du risque métabolique et cardio-vasculaire est recommandée.

**L'interrogatoire** portera sur les éléments suivants :

Les symptômes cliniques évocateurs de diabète , une histoire familiale de diabète et/ou d'obésité , les valeurs antérieures de la glycémie , Le mode de vie , les facteurs de risque d'athérosclérose

et les autres addictions (alcool, cannabis ...).

### **Les traitements :**

Ceux particulièrement interférant avec le métabolisme glucidique et lipidique ( les antipsychotiques ...). Si les thymorégulateurs sont associés avec les antipsychotiques de 2ème génération, il faudra particulièrement surveiller le poids, car cette association augmente la prise de poids.

Les traitements en cours (antidiabétiques, hypolipémiants, antihypertenseurs etc ... ).

Il est recommandé<sup>80</sup> de faire un examen clinique le plus complet possible au cours de l'hospitalisation, à la recherche d'une comorbidité organique et doit être consigné dans le dossier du patient.

Une mesure du poids, de la taille et de l'index de masse corporelle (IMC : Poids/Taille<sup>2</sup>, kg/m<sup>2</sup>).

Le périmètre abdominal : il se mesure en position debout, sans habit et sans ceinture, en expiration normale, le mètre ruban étant placé en antérieur au niveau de l'ombilic et sur les flancs à mi-chemin entre la dernière côte et la crête iliaque. La mesure du périmètre abdominal traduit l'obésité abdominale et l'obésité abdominale est un facteur de risque majeur d'infarctus du myocarde et de diabète

type 2. Attention, dans certains cas, l'IMC peut être normal et le périmètre abdominal augmenté induisant un risque métabolique et cardio-vasculaire.

- La pression artérielle
- Les examens complémentaires
- Bilan biologique, il est recommandé de doser systématiquement :

La glycémie, une glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,26g/l à deux reprises définit le diabète.

A défaut de disposer d'une glycémie à jeun, le diabète se définit comme une glycémie supérieure ou égale à 2g/l à tout autre moment de la journée -non à jeun).

L'exploration d'une anomalie lipidique (EAL) : cholestérol total, HDL cholestérol, LDL cholestérol, triglycérides.

L'importance de ce chapitre pour notre sujet et de savoir ;

- chercher ces facteurs de risque à tout patient hospitalisé
- Repérer et prendre en charge les patients à haut risque cardio-vasculaire.
- Agir sur les facteurs de risque modifiables pour chaque hospitalisé.
- Toujours demander des bilans paracliniques en cas de présence de facteurs de risque.

**Facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire**



**Survenue ou aggravation d'une maladie cardio-vasculaire**



**Augmentation des décès intra hospitalier**

Ces **facteurs individuels**: facteur génétique d'âge, niveau d'éducation et de revenus, environnement social et physique, conditions de vie et de travail, situation de précarité, accès aux soins.

Repérer et prendre en charge : agir sur les facteurs de risque modifiables pour chaque hospitalisé.

Demander des bilans paracliniques en cas de présence de facteurs de risque.

La pratique systématique de l'ECG est recommandée. Les effets indésirables des psychotropes sont fréquents : plusieurs patients hospitalisés en milieu psychiatrique ont des anomalies électrocardiographiques qui, la plupart du temps, ont été jugées cliniquement majeures ; la plus fréquemment rapportée est le

prolongement de l'intervalle QT, qui peut provoquer une mort subite suite aux TdP<sup>68</sup>.

Plusieurs médicaments prescrits en psychiatrie ont été rendus responsables de TdP lors d'un allongement de l'intervalle QT : la thioridazine, le sertindole, l'halopéridol, le dropéridol et, en particulier chez les toxicomanes, la méthadone<sup>28</sup>.

D'autres facteurs s'associent plus volontiers à un espace QT long et doivent donc inciter à pratiquer un ECG, ainsi pour tous les patients d'un âge supérieur à 50 ans chez l'homme et à 60 ans chez la femme ou en présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaire.

Cela sera également pertinent chez les sujets ayant des conduites addictives, en particulier ceux abusant de l'association alcool et cocaïne.

Les maladies cardio-vasculaires s'accompagnent de complications graves avec urgence vitale c'est pourquoi La réduction de ce risque est extrêmement importante et repose sur la réduction des facteurs modifiables : facteurs liés aux habitudes de vie pendant et après l'hospitalisation.

la rapidité de la prise en charge et de l'accès à des structures de soins spécialisées dépendent la survie et la limitation des séquelles.

C'est pourquoi la connaissance des symptômes de l'accident vasculaire cérébral ou du syndrome coronarien aigu, la connaissance des gestes de premiers secours et la disponibilité des défibrillateurs automatisés externes (DAE)



en cas d'arrêt cardiaque soudain, l'accès aux traitements d'urgence adéquats dans un hôpital psychiatrique sont des mesures primordiales.

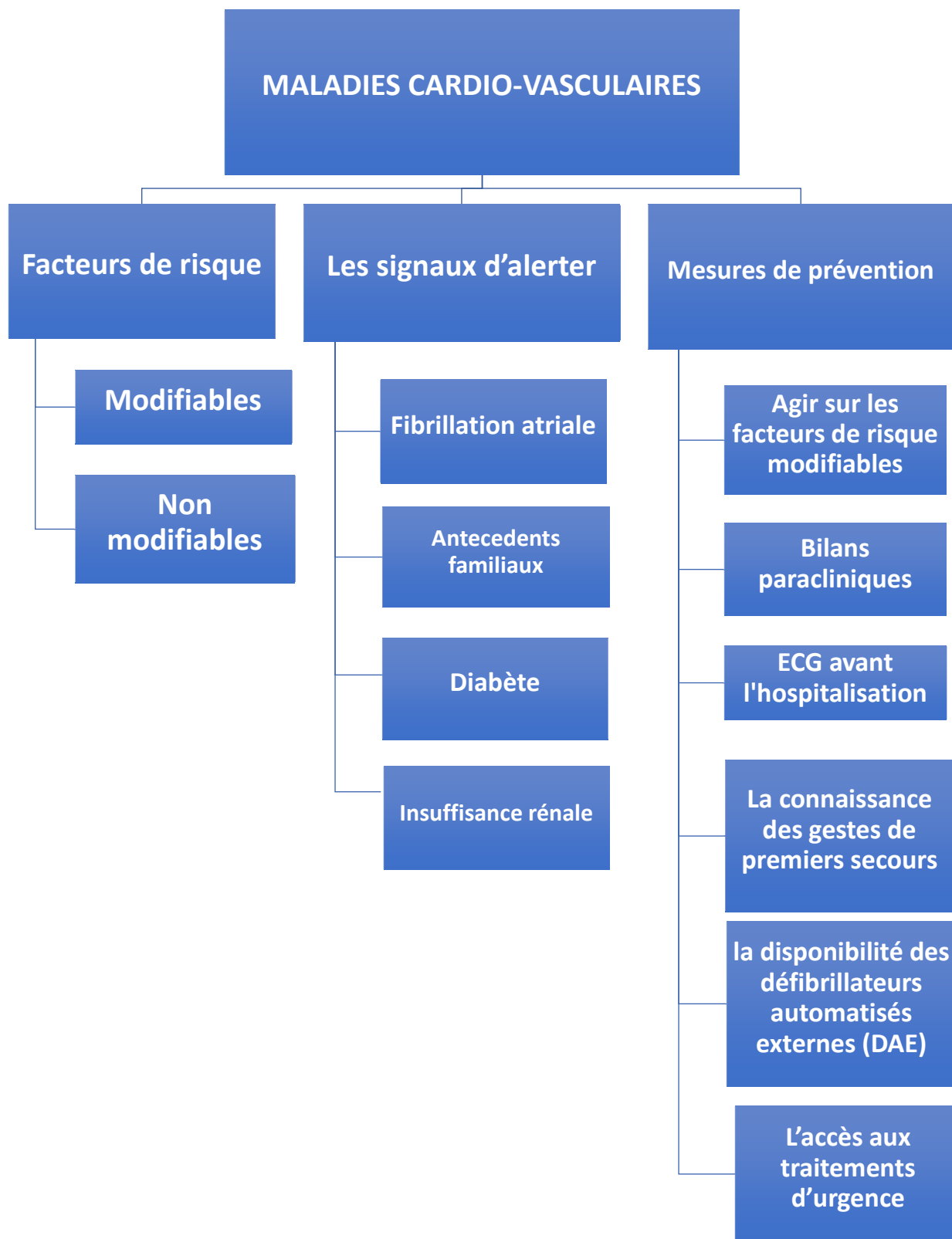
**les facteurs de risque liés aux conditions de l'hôpital psychiatrique :**

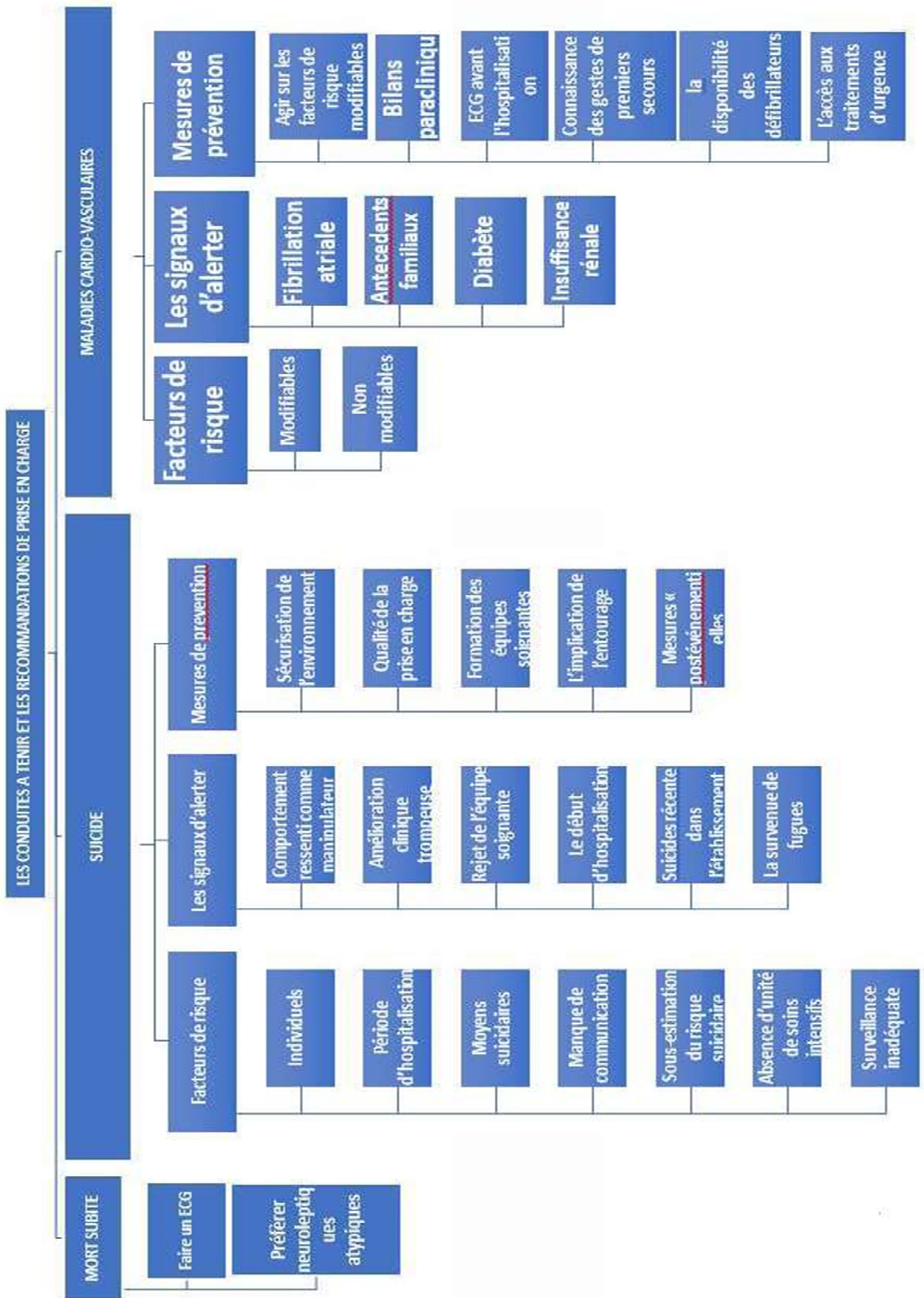
nous soulignons ici la contribution du retard de la prise en charge du fait de l'éloignement de l'hôpital psychiatrique qui non seulement manque de services de médecine, mais qui en plus est situé dans une banlieue loin des hôpitaux généraux, ce qui fait que parfois des transferts tardifs de malades rendent des tableaux aigus irrécupérables.

En outre, plusieurs auteurs rapportent que les établissements de santé mentale dans de nombreux pays sont moins financés que les autres établissements de soins <sup>73</sup>,<sup>74</sup>.

Ce problème a été aggravé par une longue tradition de séparation des établissements de santé mentale des établissements de santé générale, tant à l'emplacement des installations et dans l'affectation des ressources et des modèles de gestion des employés <sup>75</sup>.

On résume les facteurs de risque , les signaux d'alerte et les mesures de prévention dans le schéma ci-dessous :





# LES LIMITES DE L'ETUDE

## **IX. LES LIMITES DE L'ETUDE**

Nous n'avons pas trouvé certains dossiers médicaux des patients décédés et dont les décès avaient posé un problème médico-légal ; ces dossiers sont réquisitionnés par le procureur et ne sont pas remis à l'hôpital.

En plus, le mode rétrospectif du recueil des données a conduit, dans certains cas, au manque de certaines informations dans les dossiers, auprès de l'administration de l'hôpital ibn hassan.

Par ailleurs, il aurait été préférable de comparer la mortalité hospitalière en psychiatrie à celle dans d'autres services ou spécialités médicales.

Un recul de plusieurs décennies ou un suivi incluant des sujets dans des études prospectives permettra de mieux évaluer la surmortalité des malades mentaux et de même pour en identifier les causes et les facteurs de risque.

# CONCLUSION

## **X. CONCLUSION**

L'identification des différentes causes de décès des malades mentaux en institution psychiatrique ainsi que la mise en exergue des différents facteurs de risque incriminés dans ces décès invitent à une réflexion sur la pratique des soins en psychiatrie en soulignant que les spécificités du risque thérapeutique en psychiatrie s'intègrent dans l'action soignante même.

Dans un volet non moins important, la santé physique des personnes souffrant de pathologies mentales nécessite également la planification des programmes de santé efficaces.

Ce travail souligne l'importance de prendre soin aussi bien de la santé mentale que physique des personnes souffrant de troubles mentaux, ainsi que de la nécessité de développer auprès d'elles des actions de prévention, notamment du suicide mais portant aussi sur les facteurs de risque cardiovasculaire, respiratoire et métabolique.

# RESUME



## **XI. RESUME**

Les études sur la mortalité et les causes des décès en milieu psychiatrique occupent une place importante dans les recherches actuelles , mais les données concernant la mortalité et les causes de décès des malades mentaux hospitalisés restent parfois lacunaires et partielles car basées sur des modes d'enregistrement peu élaborés. Généralement La mortalité dans l'institution psychiatrique est deux à trois fois plus importante que dans la population générale.

**Objectifs :** Déterminer les paramètres de mortalité , le profil des patients atteint des troubles mentaux, hospitalises aux différents services de l'hopital IBN AL HASSAN et dévoiler les facteurs de risque enfin faire une comparaison avec d'autres études et proposer des mesures de prévention.

**Matériel et Méthode :** Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive , où nous avons inclus les dossiers de tous les patients décédés au cours de leur hospitalisation dans les différents services de psychiatrie à l'hôpital psychiatrique IBN HASSAN de Fès et les patients hospitalisés et qui ont été transférés à un autre service pour avis ou examen complémentaire , sur une période de dix années allant du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2018. L'étude a concerné les 25 dossiers répondant aux critères d'inclusion

### **Résultas**

Paramètres socio-démographiques des patients :Il y a une augmentation de la mortalité entre 26 ans et 35 ans avec un pourcentage de 28 % . Pour L'âge moyen

était de 38 ans avec des extrêmes de 25 et 62 ans . L'écart type est : 13,058 et la mortalité était élevée chez les patients socio-économiquement bas .

Les Antécédents des patients : 15.3 % des patients avaient des antécédents cardiovasculaire ,65 % des patients décédés étaient tabagiques, 34 % alcooliques et 23 % consommaient du cannabis et 52% des patients décèdes avaient au moins une hospitalisation. Le nombre d'hospitalisations était en moyenne de deux hospitalisations.

Les données cliniques : la majorité des patients étaient schizophrènes , la moitié des patients avaient consommés des neuroleptiques classiques et 75 % des patients n'avaient pas bénéficié d'un bilan complémentaire.

Les paramètres lies aux décès : Incidence totale était 18.5 pour 10000 admissions avec une nette prédominance masculine , la moitié des décès survient à la première semaine et 64 % des mortalités surviennent pendant la période matinale avec un délai moyen entre le décès et l'admission de 9 jours

les morts subite , les suicides et causes cardiaques étaient les causes les plus fréquents.

## Abstract

Studies on mortality and causes of death in a psychiatric environment occupy an important place in current research, but data concerning the mortality and causes of death of hospitalized mental patients sometimes remain incomplete because they are based on recording methods not very elaborate. Generally, Mortality in the mental institution is two to three times higher than in the general population.

**Objectives:** Determine the mortality parameters, the profile of patients suffering from mental disorders, hospitalized in the various departments of the IBN AL HASSAN hospital and reveal the risk factors Finally make a comparison with other studies and propose preventive measures.

**Material and Method:** We carried out a retrospective and descriptive study, where we included the files of all the patients who died during their hospitalization in the various psychiatric departments at the IBN HASSAN psychiatric hospital in Fez and the hospitalized patients who were transferred to another service for opinion or additional examination, over a ten-year period from January 1, 2008 to December 31, 2018. The study concerned the 25 files meeting the inclusion criteria

### Results

Socio-demographic parameters of the patients: There is an increase in mortality between 26 years and 35 years with a percentage of 28%. For The average

age was 38 with extremes of 25 and 62. The standard deviation is: 13,058 and mortality was high in socioeconomically low patients.

Patient History: 15.3% of patients had a cardiovascular history, 65% of deceased patients were smoking, 34% alcoholic and 23% used cannabis and 52% of deceased patients had at least one hospitalization. The number of hospitalizations was on average two hospitalizations.

Clinical data: the majority of patients were schizophrenic, half of the patients had used conventional neuroleptics and 75% of the patients had not received an additional assessment.

Parameters linked to deaths: Total incidence was 18.5 per 10,000 admissions with a clear male predominance, half of deaths occur in the first week and 64% of mortalities occur during the morning period with an average delay between death and admission of 9 days

Sudden deaths, suicides and heart causes are the most common causes.

## المخلص

تحتل الدراسات المتعلقة بالوفيات وأسباب الوفاة في بيئة نفسية مكانًا مهمًا في البحث الحالي ، لكن البيانات المتعلقة بوفيات وأسباب وفاة المرضى النفسيين في المستشفيات تظل أحيانًا غير مكتملة لأنها تستند إلى طرق التسجيل الغير الدقيقة. عموماً معدل الوفيات في المؤسسة النفسية أعلى مرتين إلى ثلاث مرات مما هو عليه في عموم السكان.

**الأهداف:** تحديد معايير الوفيات ، ونبذة عن المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية ، والذين دخلوا المستشفيات في مختلف أقسام مستشفى ابن الحسن وكشف عوامل الخطر وأخيراً مقارنة مع دراسات أخرى واقتراح تدابير وقائية.

**الطريقة:** أجرينا دراسة وصفية بأثر رجعي ، حيث قمنا بتضمين ملفات جميع المرضى الذين لقوا حتفهم أثناء دخولهم المستشفى في أقسام الطب النفسي المختلفة في مستشفى ابن الحسن للطب النفسي في فاس والمرضى الذين دخلوا المستشفى حيث تم نقلهم إلى خدمة أخرى لإبداء الرأي أو الفحص الإضافي ، على مدى عشر سنوات من 1 يناير 2008 إلى 31 ديسمبر 2018. وتناولت الدراسة 25 ملفًا تستوفي معايير الإدراج.

## النتائج :

البارامترات الاجتماعية والديموغرافية للمرضى: هناك زيادة في الوفيات بين 26 سنة و 35 سنة بنسبة 28%. بالنسبة لمتوسط العمر كان 38 مع التطرف 25 و 62. الانحراف المعياري هو: 13,058 ومعدل الوفيات مرتفع في المرضى ذوي المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض.

تاريخ المريض: كان لدى 15.3% من المرضى تاريخ في القلب والأوعية الدموية ، و 65% من المرضى المتوفين كانوا يدخنون ، و 34% من الكحوليات و 23% من الحشيش ، و 52% من المرضى المتوفين كان لديهم مستشفى واحد على الأقل. كان عدد الاستشفاءات في المتوسط هو اثنين.

البيانات السريرية: كان غالبية المرضى مصابين بالفصام ، نصف المرضى استخدموا مضادات الذهان التقليدية و 75% من المرضى لم يتلقوا تقييما إضافيا.

المعلومات المرتبطة بالوفيات: كان إجمالي الوقوع 18.5 لكل 10000 حالة دخول بغلبة واضحة للذكور ، وتحديث نصف الوفيات في الأسبوع الأول و 64% من حالات الوفاة تحدث خلال فترة الصباح بمتوسط تأخير بين الوفاة ودخول 9 أيام.

الوفاة المفاجئة والانتحار وأسباب القلب هي الأسباب الأكثر شيوعاً..

# REFERENCES

---

<sup>1</sup> **Felker B, Yazel JJ, Short D (1996)**

Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatr Serv.* 47(12): 1356–1363

<sup>2</sup> **Kramer M (1970)**

Les statistiques de santé mentale et leurs applications. WHO– Geneva

<sup>3</sup> **Réflexions sur la théorie et la pratique d'Hippocrate et de Galien :**

avec la méthode de guérir les malades, par les voyes de la transpiration & de l'évacuation

<sup>4</sup> **Craig TJ & Lin SP (1981)**

Mortality among psychiatric inpatients. Age-adjusted comparison of population before and after the psychotropic era. *Arch Gen Psychiatry* 38: 935–938

<sup>5</sup> **Avery D & Winokur G (1976)**

Mortality in depressed patients treated with electroconvulsive and antidepressants *Arch Gen Psychiatry* 33: 1029–1037

<sup>6</sup> **Ellman JP (1982)**

Sudden death. *Can J Psychiatry* 27(4):331–333

<sup>7</sup> **Sims ACP (1984)**

Neurosis and mortality: investigating and association. *J Psychosom Res* 28(5): 353–362

<sup>8</sup> **Kamara SG, Peterson PD, Dennis JL(1998)**

Prevalence of physical illness among psychiatric inpatients who die of natural causes; *Psychiatr Serv* 49(6): 788–793

<sup>8</sup> **Koranyi EK (Eds) (1982)**

Physical Illness in the Psychiatric Patient. Ch.c.Thomas Springfield–Illinois 224p



- 
- <sup>9</sup> **Wood JB, Evenson RC Cho DW, Hagan BJ (1985)**  
Mortality variations among public mental health patients. *Acta psychiatr Scand* 72: 218–229
- <sup>10</sup> **Corten Ph & Ribourdouille M (1989)**  
Hypothesis Concerning 'Natural' Mortality in Psychiatry. In  
'Interaction Between Mental and Physical Illness' Eds Öhman R & al. Springer-Verlag Berlin pp 52–66
- <sup>11</sup> **Gausset MF, Casadebaig F, Guillaud-Bataille JM, et al. (1992)**  
Mortalité des malades mentaux. *L'Encéphale* 1992;18:93–100.
- <sup>12</sup> **La mortalité à l'hôpital psychiatrique de Tunis : étude rétrospective sur 11 ans**  
Service de psychiatrie « A », hôpital Razi, cité des orangers, 2010 la Manouba, Tunis, Tunisie  
Service de médecine légale de l'hôpital Charles-Nicolle, boulevard du 9-Avril, Tunis Bab-Souika, Tunisie Reçu le 30 janvier 2013 ; accepté le 15 mai 2013
- <sup>13</sup> **La mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux (2000–2013)**  
Analyse en causes  
Catherine Ha (catherine.ha@santepubliquefrance.fr), Elsa Decool, Christine Chan Chee  
Santé publique France, Saint-Maurice, France
- <sup>14</sup> **C. Vaille, C. Védie, J-M. Azorin ( 2011)**  
Mort subite, antipsychotiques et schizophrénie.  
*An-nales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, 2011, 169 (4), pp.269.10.1016/j.amp.2011.03.009 hal-00748146

- 
- <sup>15</sup> **La maladie mentale ne tue pas? (1998)**  
Une étude épidémiologique sur la mortalité naturelle des patients hospitalisés en psychiatrie Professeur Philippe Corten Université Libre de Bruxelles 1998
- <sup>16</sup> **Loas G, Azzi A, Noisette C (2008)**  
Mortality among chronic schizo-phrenic patients: a prospective 14-year follow-up study of 150 schizophrenic patients. *Encéphale* 2008;34:54—60.
- <sup>17</sup> **Jablensky A, McGrath J, Herrman H (2000)**  
Psychotic disorders in urban areas: an overview of the study on low prevalence disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34:221—36.
- <sup>18</sup> **Simpson JC, Tsuang MT (1996)**  
Mortality among patients with schizo-phrenia. *Schizophr Bull* 1996;22:485—99.
- <sup>19</sup> **Kamara SG, Peterson PD, Dennis JL. (1998)**  
Prevalence of physical illness among psychiatric inpatients who die of natural causes. *Psychiatr Serv* 1998;49:788—93.
- <sup>20</sup> **Erwin K, Koranyi MD (1979)**  
Morbidity and rate of undiagnosed physical illnesses in a psychiatric clinic population. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:414—9
- <sup>21</sup> **Haddad PM, Anderson IM. (2002)**  
Antipsychotic-related QTc prolongation, torsade de pointes and sudden death. *Drugs* 2002;62:1649—71.
- <sup>22</sup> **Hert M, Schreurs V, Vancampfort D, et al (2009)**  
Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry* 2009;8:15—22.

- 
- <sup>23</sup> **Priori SG, Blomström–Lundqvist C, Mazzanti A et al. (2015 )**  
ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac deathThe Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC)Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC) [archive], Eur Heart J, 2015;36:2793–2867
- <sup>24</sup> **Corrado D, Basso C, Pavei A, Michieli P, Schiavon M, Thiene G, (2006)**  
Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of a preparticipation screening program [archive], JAMA, 2006;296:1593–601
- <sup>25</sup> **Corrado D, Pelliccia A, Bjornstad HH, Vanhees L, et als. (2005)**  
Cardiovascular pre–participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. Consensus statement of the study group of sport cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the working group of myocardial and pericardial diseases of the European Society of Cardiology [archive], Eur Heart J, 2005;26:516–24
- <sup>26</sup> **Maron BJ, Thompson PD, Ackerman MJ et als. (2007)**  
Recommendations and considerations related to preparticipation screening for cardiovascular abnormalities in competitive athletes: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism: endorsed by the American College of Cardiology Foundation [archive], Circulation, 2007;115:1643–55
- <sup>27</sup> **Ehret GB, Voide C, Gex–Fabry M, et al (2006)**  
Drug–induced long QT syndrome in injection drug users receiving methadone : High frequency in hospitalized patients and risk factors. Arch Intern Med 2006;166:1280–7.

- 
- <sup>28</sup> **Priori SG, Schwartz PJ, Napolitano C, et al (2003)**  
Risk stratification in the long-QT syndrome. *N Engl J Med* 2003;348:1866–74.
- <sup>29</sup> **Jo SH, Youm JB, Lee CO, Earm YE, Ho WK. (2000)**  
Blockade of the HERG human cardiac K(+) channel by the antidepressant drug amitriptyline. *Br J Pharmacol* 2000; 129:1474–80.
- <sup>30</sup> **Roden DM, Lazzara R, Rosen M, Schwartz PJ, Towbin J, Vincent GM. (1996)**  
Multiple mechanisms in the long-QT syndrome. Current knowledge, gaps, and future directions. The SADS Foundation Task Force on LQTS. *Circulation* 1996;94:1996–2012.
- <sup>31</sup> **Schwartz PJ, Priori SG, Spazzolini C, et al. (2001)**  
Genotype–phenotype correlation in the long-QT syndrome : Gene–specific triggers for life–threatening arrhythmias. *Circulation* 2001;103:89–95.
- <sup>32</sup> **Taglialatela M, Castaldo P, Pannaccione A, Giorgio G, Annunziato L.( 1998)**  
Human ether-a-gogo related gene (HERG) K+ channels as pharmacological targets : Present and future implications. *Biochem Pharmacol* 1998; 55:1741–6.
- <sup>33</sup> **Ogata N, Narahashi T (1989)**  
Block of sodium channels by psychotropic drugs in single guinea-pig cardiac myocytes. *Br J Pharmacol* 1989;97:905–13.
- <sup>34</sup> **Priori SG, Schwartz PJ, Napolitano C, et al (2003)**  
Risk stratification in the long-QT syndrome. *N Engl J Med* 2003;348:1866–74.
- <sup>35</sup> **Dworkin RH. Pain insensitivity in schizophrenia (1994)**  
neglected phenomenon and some implications. *Schizophr Bull*1994;20:235—48.

- 
- <sup>36</sup> **In-patients suicide: Epidemiology and prevention (2009)**  
C. Martelli a,b,c, H. Awada,b,c, P. Hardya,b,\*  
a U669, université Paris-Sud, 94276 Le Kremlin-Bicêtre, France  
b Service de psychiatrie, CHU de Bicêtre, AP-HP, 78, rue du Général-Leclerc,  
94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France  
c Inserm, 75679 Paris, France
- <sup>37</sup> **Rousset, I., & Vacheron, M.-N. (2007).**  
Le suicide dans l'institution [Suicide in institution]. *Annales Médico-Psychologiques*, 165(8), 545-555
- <sup>38</sup> **Approche médico-légale du suicide en milieu hospitalier :**  
à propos de cinq cas  
Mohamed Amine Mesrati, Nidhal HajSalem, Meriem Boughattas, Abir Aissaoui,  
Ali Chadly *Annales médico-psychologiques* Vol. 174 - N° 10 - p. 839-842
- <sup>39</sup> **Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization**  
evidence based on longitudinal registers P Qin, M Nordentoft *Archives of general psychiatry* 62 (4), 427-432
- <sup>40</sup> **Goh SE(Hospital suicides: Profile of the psychiatric hospital suicide.), (1989)**  
Salmons PH, Whittington RM. Author information: Rubery Hospital, Birmingham.  
Comment in *Br J Psychiatry*. 1989 May;154:728-9
- <sup>41</sup> **Lloyd GG. Suicide in hospital: guidelines for prevention (1995)**  
*J R Soc Med* 1995;88:344P-6P.
- <sup>42</sup> **Sokal J, Messias E, Dickerson FB. (2004)**  
Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:421-7.

- 
- <sup>43</sup> **Brown S, Brian M. (2000)**  
Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:212.
- <sup>44</sup> **[Blain PA, Donaldson LJ. (1995)**  
The reporting of in-patient suicides: identifying the problem. *Public Health* 1995;109:293—301..
- <sup>45</sup> **McCloud A, Barnaby B, Omu N, et al (2004)**  
Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population: in-patient prevalence study. *Br J Psychiatry* 2004;184:439—45.
- <sup>46</sup> **Meehan J, Kapur N, Hunt IM, et al (2006)**  
Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. National clinical survey. *Br J Psychiatry* 2006;188:129—34.
- <sup>47</sup> **Copas JB, Robin A 1982**  
Suicide in psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry* 1982;141:503—11.
- <sup>48</sup> **Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K (1993)**  
Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet* 1993;31(342):283—6.
- <sup>49</sup> **Pirkola S, Sohlman B, Wahlbeck K (2005)**  
The characteristics of suicides within a week of discharge after psychiatric hospitalisation— a nationwide register study. *BMC Psychiatry* 2005;25:5—32.
- <sup>50</sup> **Lloyd GG. Suicide in hospital: (1995)**  
guidelines for prevention. *J R Soc Med* 1995;88:344P—6P.
- <sup>51</sup> **Castagnini AC, Bertelsen A (2010)**  
Mortality and causes of death of acute and transient psychotic disorders. *Ann Med Psychol* 2010;160:386—95.

- 
- <sup>52</sup> **Henderson DC. Schizophrenia and co morbid metabolic disorders (2005)**  
J Clin Psychiatry 2005;66(Suppl. 6):11—20.
- <sup>53</sup> **Hem E, Steen O. Opjordsmoen (2001)**  
Thrombosis associated with physical restraints. Acta Psychiatr Scand  
2001;103:73—5.
- <sup>54</sup> **Zornberg GL, Jick H (2000)**  
Antipsychotic drugs use and risk of first-time idiopathic venous  
thromboembolism: a case-control study. Lancet 2000;356:1219—23.
- <sup>55</sup> **Rosch A, Sampson BA (2003)**  
Schizophrenia as a cause of death. J Forensic Sci 2003;48:164—7.
- <sup>56</sup> **Dépression et maladie coronarienne**  
Recherche menée par Cédric Lemogne Service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet  
âgé, Hôpitaux Universitaires Paris Ouest, Inserm U894, Université Paris Descartes,  
PARIS.
- <sup>57</sup> **Étude publiée dans l'European Heart Journal**  
Pour le professeur Heikki Huikuri, de l'Institut de médecine clinique de l'université  
d'Oulu en Finlande
- <sup>58</sup> **National Health service (NHS) (2019)**  
Cardiovascular disease. Site internet : NHS. Londres ; 2018 [consulté le 22 janvier  
2019]
- <sup>59</sup> **Kilbourne AM1, Neumann MS, Waxmonsky J, Bauer MS, Kim HM, Pincus HA,  
Thomas M. (2012)**  
Public-academic partnerships: Evidence-based implementation: The  
role of sustained community-based practice and research partnerships.  
Psychiatr  
Serv. 2012 Mar;63(3):205–7. doi: 10.1176/appi.ps.201200032

- 
- <sup>60</sup> **Chida, Y., & Hamer, M. (2008).**  
Chronic psychosocial factors and acute physiological responses to laboratory-induced stress in healthy populations: A quantitative review of 30 years of investigations. *Psychological Bulletin*, 134(6), 829–885
- <sup>61</sup> **Khaw KT, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, et al. (2008)**  
Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: The EPIC–Norfolk Prospective Population Study. *PLoS Med* 5(1): e12. doi:10.1371/journal.pmed.0050012
- <sup>62</sup> **KM Scott MA McGee JE Wells (2008)**  
Obesity and mental disorders in the adult general population. *J Psychosom Res* 2008
- <sup>63</sup> **GE Simon M Von Karrff K Saunders (2006)**  
Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry*
- <sup>64</sup> **Nerv Ment Dis. (2004 )**  
Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *J Jun*;192(6):421–7.  
Sokal J1, Messias E, Dickerson FB, Kreyenbuhl J, Brown CH, Goldberg RW, Dixon LB.
- <sup>65</sup> **Psychomédia avec sources: WebMD .New York Times**
- <sup>66</sup> **[www.futura-sciences.com](http://www.futura-sciences.com)**
- <sup>67</sup> **Girardin F, Sztajzel J. (2007)**  
Cardiac adverse reactions associated with psychotropic drugs. *Dialogues Clin Neurosci* 2007;9:478–81.



<sup>68</sup> **Eap CB, Crettol S, Rougier JS, et al (2007)**

Stereoselective block of hERG channel by S-methadone and QT interval prolongation in CYP2B6 slow metabolizers. Clin Pharmacol Ther 2007 ; en impression.

<sup>69</sup> Collaboration between psychiatrists and other physicians, in " SUICIDE – AN UNNECESSARY DEATH, Ed 2001

La notion moderne d'équipe hospitalière avec spécificité en prévention du suicide (suicide prevention team) apparaît comme une nécessité fondamentale comprenant, outre la prise en soins de la crise, le suivi et éventuellement l'aide aux familles de suicidés.(SOUBRIER J.P.– DanutaWASSERMAN, chap. 26, MARTIN DUNITZ, LONDON 2001

<sup>70</sup> **Fondation Recherche Cardio–Vasculaire Institut de France**

<sup>71</sup> [www.sciensano.be](http://www.sciensano.be)

<sup>72</sup> **Fédération Française de Psychiatrie Conseil National Professionnel de Psychiatrie**  
Recommandation de bonne pratique a été élaborée selon les procédures et les règles méthodologiques préconisées par la Haute Autorité de Santé Juin 2015

<sup>73</sup> **Citrome L, Yeomans D. (2007)**

Do guidelines for severe mental illness promote physical health and well-being? J Psychopharmacol 2007;19:102—9.

<sup>74</sup> **Sartorius N.( 2007)**

Physical illness in people with mental disorders.World Psychiatry 2007;6:3—4.

<sup>75</sup> **Lawrence D, Kisely S. (2010)**

Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. J Psychopharmacol 2010;24:61—8.





ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵜ ⵏ ⵙⵉⴷⵉ ⵎⵓⵎⴻⵎ ⵔⴰⵎⴻⵎ ⵔⴰⵎⴻⵎ  
Université Sidi Mohamed Ben Abdellah

Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة  
ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵜ ⵏ ⵙⵉⴷⵉ ⵎⵓⵎⴻⵎ ⵔⴰⵎⴻⵎ  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

أطروحة رقم 075/20

سنة 2020

# الوفيات في مستشفى الأمراض النفسية (بصدد 25 حالة)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2020/07/10

من طرف

السيد ممدوح سفيان

المزاداد في 1993/07/06 بفاس

## لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

الانتحار - الموت المفاجئ - الموت في الطب النفسي - الوقاية

اللجنة

الرئيس	..... السيد علوان رشيد
	أستاذ الطب النفسي
المشرفة	..... السيدة أعراب شادية
	أستاذة الطب النفسي
أعضاء	..... السيد البوعزاوي عبد الرحيم
	أستاذ التخدير والإنعاش
	..... السيدة الفقير سميرة
	أستاذة في علم الأوبئة
عضو مشارك	..... السيد بوت أمين
	أستاذ الطب النفسي